NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Liste des Journaux reproduits ou consultés pour la rédaction de l'Encyclographie.

JOURNAUX BELGES.

Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles.
Annales de la Société de médecine de Gand.
Annales de la Société de médecine d'Anvers.
Annales de la Société de médecine de la province d'Anvers.
Annales de la Société médico-chirurgicale de Verviers.
Annales de la Société de médecine de Verviers.
Annales de la Société des sciences médicales et naturelles de Malines.

JOURNAUX FRANÇAIS.

Annales médico-psychologiques.
Annales de thérapeutique de Rognetta.
Annales d'hygiène publique et de médecine lég.
Annales des maladies de la peau.
Archives générales de médecine.
Bulletin de thérapeutique.
Bulletin médical de Bordeaux.
Bulletin des Académies.
Clinique de Montpellier.
Gazette médicale de Paris.
Gazette des hôpitaux.
Gazette médicale de Montpellier.
Gazette médicale de Strasbourg.
Journal de médecine et de chirurgie de Toulouse.
Journal des connaissances médicales.
Journal des connaissances médico-chirurgicales.
Journal de médecine de Lyon.
Journal de médecine de Nantes.
Journal de médecine de M. Trousseau.
Journal de chirurgie de M. Malgaigne.
Journal de chimie médicale.
Journal de la Société de médecine de Montpellier.
Revue médicale.

5330

NOUVELLE ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES,

PUBLIÉE PAR

UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

1re PARTIE.

ARCHIVES

DE LA MÉDECINE BELGE ET REVUE DES JOURNAUX BELGES.

2me PARTIE.

BULLETIN

DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

3me PARTIE.

REPRODUCTION

ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

MAI 1846. — 7me Série. — T. V.

Bruxelles,

IMPRIMERIE ET LIBRAIRIE DE N.-J. GREGOIR, ÉDITEUR,

FOSSÉ-AUX-LOUPS, 66.

1846.

SOMMAIRE DES ARTICLES CONTENUS DANS CE VOLUME.

Archives de la médec. belge, p. 1—36.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. 37—104.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉT., PHARMAC. ET TOXIC.

Hygiène. 1.

IV. PATHOL., THÉRAPEUT. ET CLINIQ. MÉDIC.

Pathologie interne. 2, 3. *Revue* 26, 27.
Thérapeut. 4—7. *Revue* 28—30, 48, 49.

V. ACCOUCHEM., MAL. DES FEM. ET DES ENF.

Accouchem. 8, 9. *Revue* 31—38, 50.
Maladies des femmes. 10, 11.
Maladies des enfants. 12.

VI. CHIRURG., ORTHOPÉD. ET OPHTHALMOL.

Pathologie externe. 13—16.
Médecine opératoire. 17—19. *Rev.* 39, 40—43.
Ophthalmologie. 20, 21. *Revue* 44, 51.

IX. Mal. syphilitiques. 22, 23. *Rev.* 45.

XII. Généralités. 24, 25.

Sociétés savantes, pag. 206—258.

Mélanges. 46, 47.

ARCHIVES

DE LA

MÉDECINE BELGE.

(MAI 1846.)

RAPPORT MÉDICAL.

—

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES ET OBSERVATIONS PARTICULIÈRES FAITES A BORD DE LA LOUISE-MARIE, GOELETTE DE L'ÉTAT, PENDANT UNE STATION DE 7 MOIS DEVANT S^to^-TOMAS DE GUATIMALA ET SUR LES CÔTES DU GOLFE DE HONDURAS;

Par le docteur F. DURANT, aide-major de la marine royale.

Le 29 avril 1845, *la Louise-Marie* mit à la voile d'Ostende pour la côte orientale de l'Amérique centrale et le golfe du Mexique. Nous étions à bord 62 personnes, dont 9 d'état-major et 5 passagers. Après une courte relâche forcée à Ramsgate, côtes d'Angleterre, et une autre relâche de quelques jours à Ténériffe, nous jetions l'ancre, le 28 juin suivant, dans la baie de Santo-Thomas.

Topographie médicale des côtes de l'Amérique centrale. — Les parages où nous étions destinés à séjourner plusieurs mois sont situés à l'ouest de la mer des Antilles, entre les 15°-33' et 17°-19' latitude N., et les 87°-50' et 88°-36' longitude O. Le climat inhérent à ces localités, peu différent de celui des Antilles, peut-être plus ingrat que ce dernier, est chaud, humide et saturé d'une quantité surabondante d'électricité. Les pluies y sont d'une force extraordinaire et d'une fréquence presque quotidienne, surtout pendant la mauvaise saison, temps de prédominance de la brise de terre charriant les émanations morbifères, des calmes plats, des chaleurs énervantes, et qui, commençant à la fin de juin, finit en octobre et même plus tard. Ces pluies tombent quelquefois par torrents durant des jours entiers, et plus souvent par ondée à la suite des orages qui se succèdent ou grondent sur plusieurs points à la fois. Il est rare, même pendant la période de l'année la moins pluvieuse, à la fin et au commencement de l'année, de jouir de 8 jours de beau

temps, c'est-à-dire sans recevoir au moins quelques ondées diurnes ou nocturnes.

LITT. A. — *TABLEAU des variations thermométriques observées par moi à bord, à l'air et à l'ombre, pendant la station.*

MOIS DE	TEMPÉRATURE DE MIDI A 2 HEURES.			TEMPÉRATURE APRÈS LE COUCHER ET LE LEVER DU SOLEIL.		
	Moyenne.	Maximum.	Minimum.	Moyenne.	Maximum.	Minimum.
Juillet 1845. . Août » . .	28° 75′	32° 50′	25° 28′	25° 40′	28°	25°
Septembre » . . .	28° 80′	32° 50′	27°	25°	26° 75′	24°
Octobre » . . .	28° 73′	32° 50′	26°	24° 50′	26° 25′	23° 60′
Novembre » . . .	28° 33′	32°	25° 50′	32° 56′	25°	19°
Décembre » . . .	27° 30′	29° 60′	22°	21° 54′	25°	19°
Janvier 1846	26° 60′	30° 75′	22° 50′	21° 50′	25°	16° 25′

Ces côtes basses et dominées par de hautes montagnes sont couvertes çà et là de savanes et de plaines marécageuses formées ou entretenues en plusieurs endroits, au détriment de l'hygiène publique, par l'abondance des pluies. Les plantes grasses croissent avec rapidité dans ces marais permanents ou passagers; mais elles se fanent et pourrissent avec plus de rapidité encore, en répandant dans l'air des émanations toxiques. Il fait malsain sur tous les points arrosés par le golfe de Honduras, la baie de Santo-Thomas et le lac d'Ysabal.

Maladies régnantes. — Au nombre des maladies intercurrentes et d'un intérêt secondaire, il faut placer les congestions cérébrales simples ou compliquées, les méningites, les stomatites avec ou sans ulcération des gencives, les embarras gastriques, l'aménorrhée et les fleurs blanches chez les femmes, affections qui mettent obstacle à leur fécondité ; les ulcères atoniques et variqueux aux extrémités inférieures, le carreau et les abcès froids chez les enfants, etc., etc.

Mais les maladies régnantes qui méritent de fixer l'attention à un haut degré sont : 1° pour les nouveaux débarqués, une gastro-

entéro-colite aiguë à type continu, véritable maladie d'intoxication, qui, débutant par des lassitudes, des brisements de membres, des vomissements bilieux fatigants, des coliques, une forte diarrhée, se complique de symptômes nerveux alarmants et parcourt ses périodes avec rapidité.

Observée particulièrement à bord, où par nos relations non interrompues avec la terre, soit par corvées, soit par d'autres rapports de service, nous partagions le sort des nouveaux débarqués, cette affection n'a eu de suite fâcheuse chez aucun de mes malades, et sa solution a eu le plus souvent lieu du 3e au 5e jour, sauf le cas où il y a eu menace de méningite ou de typhus : alors la convalescence s'est fait attendre plus longtemps.

La maladie des nouveaux débarqués entraîne, sur ces côtes, une déperdition de force, un amaigrissement considérable, souvent en quelques heures, et imprime aux traits des malades un caractère particulier qui les rend presque méconnaissables en moins de 24 heures. Chaque fois qu'il y a eu rechute, la maladie s'est montrée sous le type intermittent et a revêtu les caractères des fièvres dont il va être question.

2° Les fièvres intermittentes, d'une nature rebelle, sont endémiques dans ces parages. Elles attaquent les indigènes qui habitent la côte ou qui s'y rendent; et respectant en général les Caraïbes, hommes forts et robustes d'origine africaine, elles choisissent volontiers pour victimes les *ladinos* dont la constitution est frêle et délicate. Les Européens de tout âge et de toute constitution y sont exposés; la maladie des nouveaux débarqués y prédispose, comme je viens de le faire observer. Mais dans un grand nombre de cas elles se développent d'emblée, et alors elles exemptent de la maladie des nouveaux débarqués, laissent ceux qu'elles attaquent exposés à des récidives fréquentes et successives qui ont pour conséquence des désordres graves dans l'innervation et les fonctions nutritives.

3° D'autres maladies d'une acuïté remarquable, à part les fièvres intermittentes endémiques, sont observées dans ces localités; ce sont : pour Ysabal et Omoa, le typhus amaril, et pour Bélise, la fièvre jaune et une maladie connue sous le nom de fièvre bilieuse rémittente, affection dont j'ai constaté l'existence à Santo-Thomas et au sujet de laquelle j'ai rédigé la note suivante :

« *A monsieur le chargé d'affaires, commissaire du roi à Santo-Thomas.*

« J'ai l'honneur de vous adresser ci-dessous la note que vous m'avez demandée, en vous priant de vouloir la joindre au dossier de mes rapports.

« Un fait d'une importance majeure et d'un intérêt marqué pour la science vient de m'être révélé par la maladie à laquelle a succombé, le 25 décembre 1845, le docteur T....., médecin de bataillon de notre armée.

« L'autopsie des restes de ce malheureux collègue, que j'ai faite avec un soin minutieux, 12 heures après la mort, en présence du docteur Fleussu et de M. de Roux, confirme l'opinion que je m'étais faite et à l'appui de laquelle j'attendais des faits qui me permissent de me prononcer avec franchise sur le caractère et la nature intime d'une affection grave à l'égard de laquelle les opinions sont encore indécises. Cette autopsie est la première qui ait été faite à Santo-Thomas depuis l'arrivée des premiers colons, et cette négligence de la part de mes confrères qui ont eu de nombreuses occasions de se livrer à ces sortes de recherches nécroscopiques, est une circonstance que je ne puis passer sous silence; car ce n'est pas une supposition gratuite que de penser que parmi la grande mortalité qui a régné dans la colonie, il s'est présenté plus d'un cas de l'affection qui m'occupe ici.

« J'ai parlé de cette maladie à propos de la mort de P....., sous-commissaire de marine, à la réponse à la 20e question de mon rapport, article *Bélise*, où cette maladie est fréquente parmi les Européens et connue sous le nom de fièvre bilieuse rémittente à caractère insidieux. C'est dans les cas de cette nature et lorsque les malades s'affaiblissent rapidement, que M. le docteur Young, dont j'ai déjà eu occasion de parler, donne le champagne mousseux. Mais malgré les moyens les plus énergiques : saignées au début, calomel, stimulants diffusibles, sulfate de quinine, etc., plus de la moitié des malades succombe avant le 9e jour. Pour ma part, si de nouveaux cas venaient se présenter à mon observation, j'insisterais, au début, sur les saignées, les vomitifs répétés; et dans le cas où l'affaiblissement des malades ne me permettrait pas de continuer l'usage de l'émétique comme vomitif, j'emploierais sans crainte ce médicament à doses rasoriennes, comme contre-stimulant, sauf à revenir ensuite aux stimulants diffusibles, etc.

« Je me persuadais, jusqu'à ces derniers temps, que cette maladie était inconnue à Santo-Thomas ; aujourd'hui l'observation et l'expérience m'ont prouvé le contraire; j'ai été le premier, à ma

Quelques rectifications importantes au mémoire ci-après de M. le docteur F. Durant.

Page 1re, ligne 21, après *et* 88-36 *longitude* O. , il faut lire (*Greenwich*).
» 2 » 3, au lieu de *Tableau des variations thermométriques observées*, lisez *Tableau des observations thermométriques (thermomètre centigrade) observées.*
» 5 » 2 » *fébrile entérite*, lisez *fébrile intense.*
» 10 » 11 » *et qui viennent annoncer* , lisez *ce que viennent annoncer.*
» 10 » 42 » *de gr. 1/3 à gr. iij*, lisez *de gr. 2 1/2 à tij.*
» 11 » 12 » *la rhubarbe et les révulsifs* , *les lavages*, lisez *la rhubarbe*, etc. *Les révulsifs, les lavages.*
» 14 » 30 » *quantité des symptômes*, lisez *gravité des symptômes.*
» 16 » 43 » *une grave atteinte*, lisez *une légère atteinte.*
» 18 » 37 » *Continuité du dixième au quinzième jour de l'accident. Une belle plaie*, etc. , lisez *continuité. Du dizième au quinzième jour de l'accident, une belle plaie,* etc.
» » » 40 » *et F... est déclaré guéri*, lisez *et P... est déclaré guéri.*
» 19 » 33 et 36 » *diminution des maladies pendant le mois de juillet*, etc. . . . . *La maladie des nouveaux débarqués*, etc., lisez *diminution des maladies. Pendant le mois de juillet*, etc., ... *la maladie des nouveaux débarqués*, etc.
» 20 » 36 » *variait de 4 0/50 à 16*, lisez *variait de 4°,50 à 16.*

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/s1id13298770

connaissance, atteint de ce typhus spécial qui débute par un état fébrile entérite avec des rémissions quotidiennes de peu de durée, un affaiblissement général profond, des douleurs à la région de la rate, une pesanteur à l'hypochondre droit, des maux de tête aigus, une insomnie constante et cruelle, et un délire passager. Cette affection est d'autant plus insidieuse que les rémissions quotidiennes font croire et espérer qu'on la verra revêtir le type intermittent; circonstance qui, comme chez moi, termine heureusement la maladie après le 9e jour.

« Mais, ordinairement, du 5e au 7e ou au 9e jour, les symptômes s'aggravent tout à coup; il se déclare des spasmes nerveux, et la mort est instantanée.

« *Histoire de la maladie.*—Le 23 décembre 1845, 5e jour de la maladie de M. T....., à peine convalescent moi-même, je me suis rendu vers le soir, avec mon collègue Fleussu, près du malade : nous l'avons trouvé faible, mais à l'état de rémission des symptômes. Il avait déjà, depuis le 18, subi un traitement actif: saignées, etc.

« La langue est humide et plate, pas de traces de pétéchies. Mon diagnostic, basé sur les commémoratifs, sur l'habitude extérieure du sujet, la couleur jaune terne des conjonctives oculaires, de la face et de la peau, a été : fièvre bilieuse rémittente avec tendance au type intermittent. Pour le docteur Fleussu, c'était une fièvre typhoïde commençante.

« *Traitement.* — Je propose le calomel à dose purgative, médication que j'avais réclamée pour moi, deux jours après avoir fait usage d'un vomitif composé de 3 grains d'émétique, et qui fut admis par mon collègue consultant; mais M. T....., qui jouissait de la plénitude de son intelligence, nous fit observer qu'il savait d'expérience qu'un seul grain de ce médicament provoquerait chez lui une salivation intense qu'il redoutait.

« Nous décidons, vu l'état de rémission, de donner sur-le-champ le sulfate de quinine. Révulsifs aux extrémités, boissons théiformes, fomentations froides sur le front. Diète absolue.

« Le 24, sixième jour de la maladie, grands maux de tête rapportés aux parties supérieures et latérales du front; pesanteur aux hypochondres et douleurs abdominales circonscrites un peu au-dessus et à droite de l'ombilic, et plus profondément vers les lombes. Affaiblissement du pouls, mais moiteur de la peau. La langue reste humide. Une selle abondante et fétide en 24 heures. Nous unissons le musc au sulfate de quinine, et nous conservons encore l'espoir, au moins de mon côté, de pouvoir nous rendre maîtres des accidents.

« A 9 heures du soir, nous revoyons le malade, que nous trou-

vons dans un état alarmant (M. le directeur de la colonie est informé du résultat de cette consultation). — 8 sangsues derrière les oreilles, qui sont cherchées à bord, la colonie n'en possédant point.

« Le 25, septième jour de la maladie, au matin. Le malade souffre de la tête et se trouve dans un grand abattement; mais il conserve l'intégrité de sa raison. — Mêmes moyens.

« A 5 heures du soir, les symptômes s'aggravent, le pouls est misérable. Potion avec l'acétate d'ammoniaque. Une heure plus tard, le docteur T... avait cessé de vivre.

« L'autopsie du cadavre, faite le lendemain matin, nous présente les altérations pathologiques suivantes : Un sang dissous et qui a contracté la couleur de cerises qui ont macéré quelque temps dans l'alcool, s'écoule en peu d'abondance des gros vaisseaux et de l'intérieur des organes.

« *Habitude extérieure.* — Peu d'amaigrissement, couleur jaune terne de la face, des conjonctives oculaires et de la peau, qui présente çà et là au cou, à la poitrine et sur l'abdomen, des taches lenticulaires d'un jaune plus clair.

« *Cerveau.* — A l'ouverture du crâne, il s'écoule une petite quantité de sang peu épais provenant des sinus de la dure-mère. Adhérences résistantes de cette dernière membrane à la boîte osseuse sur les côtés de la grande faux. Quelques traces d'albumine dans les lames de l'arachnoïde sur les parties convexes des hémisphères cérébraux, plus manifestes sur les côtés latéraux des lobes antérieurs. Injection sanguine peu prononcée de la pie-mère dans les endroits correspondant aux parties que je viens de nommer. La partie inférieure du cerveau, de la moelle allongée et du cervelet, et l'origine de la moelle épinière, sont à l'état physiologique. Le tissu propre du cerveau n'offre rien de particulier sous le rapport de la consistance, et sauf quelques points de la substance blanche qui présentent çà et là des injections fines, et la toile choroïdienne qui est d'un rouge-cerise foncé, toutes les parties antérieures de cet organe, les corps striés, les couches des nerfs optiques et les ventricules se trouvent à l'état normal.

« *Poitrine.* — La partie externe du lobe supérieur du poumon droit présente un noyau de trois vésicules dont la plus volumineuse est de la grosseur d'une aveline. La partie correspondant à cette altération qui paraît exister de longue date, a contracté des adhérences avec la plèvre costale. Du reste, les poumons sont sains et crépitants. A l'ouverture du péricarde ou enveloppe du cœur, je trouve environ trois onces de sérosité tant soit peu colorée et dans laquelle le cœur semble avoir macéré : celui-ci, sans

dépasser le volume de l'état ordinaire, est flasque et mou, il offre une dilatation générale de ses cavités avec amincissement des parois, plus marquée à l'oreillette droite dont la paroi libre est éraillée et translucide comme une vessie un peu épaisse; il contient une petite quantité de sang fluide : pas de concrétion albumineuse. Les colonnes charnues sont sans résistance. L'origine de l'aorte offre un rétrécissement notable sans altération des valvules sigmoïdes.

« *Abdomen.* — L'état superficiel des intestins, du péritoine et de l'épiploon n'a rien d'anormal. Les petits intestins sont d'une couleur jaune-verdâtre pâle; ce qui peut être attribué à l'imbibition des matières fécales qu'ils contiennent.

« Le foie est volumineux, d'un brun foncé, et marbré à la surface du lobe droit. Il est sans consistance et mou à l'intérieur, où il offre des granulations grisâtres et non résistantes à une douce pression des doigts. La vésicule biliaire est d'un petit volume et contient une bile épaisse d'un brun sale verdâtre, dans laquelle nagent plusieurs petites concrétions grisâtres, recouvertes d'aspérités, de la grosseur des grains de moutarde, et qui exigent une pression assez forte des doigts pour s'écraser et se réduire en matière pulvérulente. La rate est plus d'un tiers plus volumineuse qu'à l'état ordinaire : ce qui ne m'a pas peu frappé, c'est qu'au moindre toucher, sa membrane externe, sous forme pelliculeuse, s'est largement ouverte, et un liquide semblable à du chocolat à l'eau, d'une consistance assez épaisse, s'est écoulé dans l'abdomen, au point qu'il n'est plus resté, à la suite d'un lavage à grande eau, que la membrane externe et quelques détritus de son parenchyme, détritus qui n'ont pu être évalués à plus de trois onces.

« *Canal digestif.* — La membrane de l'estomac n'offre aucune érosion. On observe seulement dans la partie déclive quelques marbrures de peu d'étendue, sans autre altération. Le duodénum est un peu éraillé et allongé. Sa muqueuse est totalement érodée, dépolie, et offre une grande quantité de granulations d'un rouge vif, très-rapprochées, du volume de grosses têtes d'épingle. Le reste des intestins, qui ont été ouverts d'un bout à l'autre et lavés à grande eau, ne présente aucune trace ni de gonflement des glandes de Peyer, ni d'érosion, ni d'ulcération, qui sont considérés comme des caractères distinctifs de la fièvre typhoïde dans nos climats.

« Les reins sont aussi d'une grande mollesse.

« *Réflexions.* — En comparant les symptômes observés pendant la maladie aux désordres trouvés après la mort, il est facile de se rendre compte de ceux-ci. Les traces d'irritation observées

sur les parties latérales et antérieures des hémisphères cérébraux, dans l'arachnoïde et la pie-mère, expliquent la persistance, aux derniers jours de la maladie, de la céphalalgie susfrontale. Les altérations de texture du cœur, et surtout le rétrécissement de l'ouverture aortique qui devait exister avant le développement de la maladie, révèlent la cause de la gêne de la circulation. Les douleurs des hypochondres et celles ressenties à la partie supérieure droite de la région ombilicale, et profondément dans l'abdomen, trouvent leur explication dans les graves désordres trouvés dans le foie, la rate, le duodénum et les reins.

« Les détails dans lesquels je suis entré et l'enseignement que me fournit une observation aussi utile qu'intéressante, à mes yeux, pour la science, m'autorisent à donner à la maladie dont je trace ici le tableau le nom de *typhus spécial* s'offrant sous la forme de fièvre bilieuse rémittente, et qui entraîne une prompte dissolution du sang, la désorganisation des centres circulatoires, des organes parenchymateux renfermés dans la cavité abdominale, et l'altération de la sécrétion biliaire et de la muqueuse duodénale par suite du contact de celle-ci avec cette bile qui a subi une transformation pathologique dans sa nature et ses éléments. Je me crois aussi autorisé, tout en attendant de nouveaux faits confirmatifs de ma manière de voir, à différencier cette nouvelle espèce de typhus : 1° de la fièvre typhoïde, qui suit, une fois caractérisée, constamment une marche régulière dans la succession de ses symptômes, et qui laisse à sa suite toujours les mêmes désordres dans la partie inférieure des intestins grêles, à la valvule iléo-cœcale, et jusque dans le cœcum ; 2° du typhus amaril, qui se montre sous les trois types continu, rémittent et intermittent. Ce typhus provoque aussi la dissolution du sang et une grande gêne dans la circulation par suite de l'affaiblissement du cœur ; mais sa terminaison, un peu moins souvent fatale que dans la fièvre jaune, a lieu, dans beaucoup de cas, sous forme adynamique et par des déjections noirâtres plus ou moins abondantes : il s'observe, comme la fièvre bilieuse rémittente, fréquemment dans quelques localités des côtes de Honduras et de l'Amérique centrale ; c'est lui qui a enlevé, dans le courant de cette année, sur une population de 300 âmes, le tiers des habitants d'Ysabal ; 3° enfin de la fièvre jaune, qui dans tous les cas s'offrant sous le type continu, apporte des perturbations plus graves et plus rapides dans l'organisme. Cette affection se caractérise par une prostration difficile à décrire, par une déglutition difficile, par la turgescence et la coloration de la face au début, la jaunisse plus tard, les hémorrhagies passives, des coliques intenses, des douleurs atroces dans les lombes, des vomis-

sements opiniâtres, d'abord bilieux, puis noirs, mêlés de sang décomposé et d'une odeur particulière, et par des selles fétides fréquentes, copieuses, d'un jaune-verdâtre, et souvent semblables à la matière des vomissements. L'état de fluidité et de dissolution du sang est généralement constaté. A l'ouverture des cadavres qui ont succombé à cette terrible maladie, on trouve le cœur ramolli, des altérations profondes dans le foie, la vésicule biliaire et dans la rate, qui peut être totalement désorganisée et réduite en bouillie brunâtre; circonstance qui établit, sous ce rapport, une certaine analogie avec le fait observé dans l'autopsie ci-dessus décrite. Le canal digestif laisse aussi des altérations de texture, ainsi que les reins et la vessie.

« Les caractères différentiels de la fièvre typhoïde, du typhus amaril et de la fièvre jaune, me paraissent tellement tranchés, comme formes spéciales, que je ne puis rapporter à aucune de ces maladies le typhus connu sous le nom de *fièvre bilieuse rémittente.* Je me trouve donc en droit de distinguer cette dernière affection des trois autres et de la classer dans le cadre des maladies graves qui peuvent s'observer à Santo-Thomas : elle trouve sa place à la réponse à la huitième question de mon rapport, où sont décrites les maladies dominantes chez les colons.

« En rade de Santo-Thomas, le 30 décembre 1845. »

Traitement des maladies régnantes. — Il se divise en deux branches : moyens prophylactiques, moyens curatifs.

Moyens prophylactiques. — L'homme peut vivre, il est vrai, sous les latitudes extrêmes opposées ; mais il ne le fait pas toujours sans danger. Il est des climats ingrats où il est difficile de se mettre et de se tenir à l'abri des influences morbides.

Le climat des Antilles et des côtes orientales de l'Amérique centrale est de ce nombre. Des maladies meurtrières ou lentement destructives de l'organisation attendent les nouveaux venus dans ces localités soumises à l'influence énergique de la zône torride. Si l'observance des lois hygiéniques n'est pas un sûr garant contre l'action des causes morbides inhérentes à ces localités, on a d'autant moins de chances d'y échapper, que l'on méprise de profiter des ressources offertes par les moyens prophylactiques tirés de l'hygiène; et c'est pourtant cette dernière règle de conduite que l'on suit de préférence, insouciant que l'on est des soins de sa santé. En effet, quelles précautions prennent en général les Européens en arrivant dans les parages que je viens de citer et dans tous les pays intertropicaux? Si ce sont des colons défricheurs, ils sont forcés, pour se procurer des moyens d'existence à leur portée,

de dédaigner les mesures recommandées pour l'acclimatement et de se livrer à de rudes travaux en plein air, exposés à l'insolation et aux intempéries des saisons.

D'autre part, ces derniers, comme les personnes d'une condition plus aisée, recherchent les soi-disant distractions dans les excès de tout genre.

L'appétit momentanément augmenté par la nécessité, pour l'organisme, d'entretenir les métamorphoses des tissus et de réparer les forces qui se dissipent par l'abondance de la transpiration, est d'abord amplement satisfait, et devient une source d'excès de table qui énervent les organes chargés de l'élaboration des aliments, et qui viennent annoncer et confirmer l'inappétence, les mauvaises digestions et la soif après les repas. Cet état de dérangement gastrique se complique d'un sentiment de faiblesse que de nouveaux excès dissipent momentanément pour le voir reparaître avec plus d'énergie. Les fonctions de la peau, d'abord exaltées, se troublent; le *lichen tropicus*, vulgairement *chien rouge*, apparaît et vient contribuer à la perturbation du sommeil; la surexcitation nerveuse connue sous le nom de *calenture* se déclare, et la maladie est imminente sous l'action de la cause occasionnelle la plus légère.

Si jusqu'alors on est resté insouciant sur les accidents à craindre, il devient d'une grande opportunité de recourir aux moyens préservatifs. Se mettre au régime d'une vie régulière; se choisir autant que possible une habitation bien aérée; être sévère dans les heures du lever et du coucher; ne pas se livrer à de trop fortes contentions d'esprit; éviter les ondées de pluie et les courses pendant la chaleur du jour; ne faire que de petites promenades le matin et le soir; redoubler de soins de propreté; prendre des bains de mer, après lesquels on reste en repos pour ne pas solliciter une sueur trop abondante plus nuisible qu'utile; éviter surtout les excès vénériens. Dans ces circonstances, la diète, une saignée, de légers purgatifs, l'huile de ricin, le sulfate de magnésie, etc., etc., de légères doses de sulfate de quinine uni à l'acétate de morphine, peuvent en quelques jours ramener l'harmonie dans les fonctions et raffermir la santé.

Traitement curatif. — Le médicament qui m'a le mieux servi contre la maladie des nouveaux débarqués, les fièvres intermittentes miasmatiques et les fièvres bilieuses rémittentes, a été le tartre émétique employé au début comme vomitif dans le plus grand nombre des cas, et en dernier lieu à doses rasoriennes, dans un cas dont je rapporterai plus bas les circonstances. Comme vomitif, il a été prescrit de gr. $^1/_3$ à gr. iij; à plus faible dose, il restait sans effet.

Sobre de saignées générales et locales dans le cours des maladies, qui toutes, dans ces parages, abattent promptement les forces, j'ai presque toujours débuté par une saignée du bras dans les cas graves, et en particulier chez les sujets robustes. Les sangsues, que j'ai pu, à force de soins, conserver en quantité suffisante pendant toute la durée de la station, m'ont servi avantageusement, dans plusieurs circonstances, contre les douleurs locales. Dans le cours de diverses affections, les stimulants généraux, la valériane, etc., ont rarement été employés. Le calomel l'a été plus souvent et avec avantage, soit seul, à petites doses, comme altérant, soit à doses purgatives, seul ou en combinaison avec la scammonée, l'aloès, la rhubarbe et les révulsifs; les lavages au vinaigre chaud, à l'eau chaude savonneuse ou à l'eau de mer, m'ont rendu des services. Les émulsions huileuses laudanisées ont trouvé leur application contre les coliques nerveuses et les entéro-colites, et dans les cas où la diarrhée résistait à ces moyens, je lui ai opposé avec avantage l'extrait de ratanhia en émulsion et uni aux opiacés. Le sulfate de quinine, dans des localités où les maladies tendent au type intermittent, a été surtout d'un usage journalier, seul, uni à l'extrait d'opium, à l'acétate de morphine, ou aux antispasmodiques, le musc, le camphre, etc., etc.

Le nitrate de potasse, l'hydriodate de potasse, l'extrait d'opium, etc., à l'intérieur; les liniments volatils camphrés ou laudanisés à l'extérieur, m'ont bien servi dans les cas chroniques.

Clinique du bord; observations particulières. — Pendant le voyage de sortie, l'équipage de la *Louise-Marie* m'avait fourni en deux mois trente-six malades, parmi lesquels des cas de fièvres intermittentes, des bronchites, des amigdalites, des dérangements gastriques occasionnés par le mal de mer, des blessures légères, quelques vénériens, quelques galeux, et pas d'affections graves.

A notre arrivée, le 28 juin, dans la baie de Santo-Thomas, quoique déjà depuis trois semaines soumis aux influences de la zône torride et à l'action de la chaleur humide de la mer des Antilles, nous jouissions à bord, sauf une bien minime exception, d'un état sanitaire parfait; ce qui ne devait pas durer longtemps.

Litt. B. — *TABLEAU des malades traités pendant les sept mois de notre station dans la baie de Santo-Thomas et sur les côtes du golfe de Honduras.*

GENRE DES MALADIES.	Restant sous traitement au 30 juin 1845.	ENTRÉS SOUS TRAITEMENT PENDANT LES MOIS DE								RÉCAPITULATION.		
		Juillet 1845.	Août »	Septembre »	Octobre »	Novembre »	Décembre »	Janvier 1846.	TOTAL.	Guéris.	Morts.	Restant sous traitem. au 28 janvier 1845 inclusivem.
Gastro-entéro-colite aiguë, ou maladie des nouveaux débarqués.	»	14	4	1	1	1	2	2	25	25	»	»
Fièvres intermittentes graves endémiques aux côtes de Sto-Thomas et du golfe de Honduras.	»	3	9	2	»	1	7	6	28	21	»	7
Récidives des fièvres intermitt. graves.	»	»	5	3	4	1	4	12	29	25	»	5
Fièvres intermittentes simples.	»	»	»	1	2	3	1	5	12	10	»	2
Fièvre bilieuse rémitt. (typhus spécial).	»	»	1	»	»	»	1	1	3	2	1	»
Embarras gastriques.	»	2	»	»	1	1	1	1	6	6	»	»
Colique nerveuse.	»	1	»	»	»	»	»	4	5	5	»	»
Entéro-colite.	»	2	»	»	»	»	»	3	5	4	»	1
Congestion cérébrale.	»	»	1	»	»	2	»	»	3	2	1	»
Hypochondrie, inquiétudes, nostalgies.	»	»	»	1	»	»	»	»	1	1	»	»
Otite.	»	»	»	1	»	»	»	»	1	1	»	»
Pleuro-bronchite.	»	»	»	1	»	»	»	»	1	1	»	»
Affections rhumatismales.	»	1	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»
Piqûres d'insectes.	»	4	»	»	»	»	1	»	5	4	»	»
Plaies d'arme à feu.	»	»	»	»	»	»	1	»	1	1	»	»
Plaies et blessures.	»	5	1	1	»	2	1	»	10	10	»	»
Panaris.	»	»	1	»	»	»	»	»	1	1	»	»
Brûlures.	»	2	»	»	1	1	»	»	4	4	»	»
Erysipèle, érysipèle phlegmoneux.	»	»	3	»	»	»	»	»	3	3	»	»
Abcès, ulcères, furoncles.	1	»	2	1	1	1	2	1	9	9	»	»
Maladies vénériennes.	3	»	»	»	»	»	»	»	3	3	»	»
Maladies de la peau. Eczéma aigu.	»	1	»	»	»	»	1	»	2	2	»	»
Maladies de la peau. Gale.	1	»	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»
Maladies de la peau. Psoriasis.	»	1	»	»	»	»	»	»	1	1	»	»
Totaux.	5	36	27	12	10	13	22	35	160	143	2	15

Maladie des nouveaux débarqués. — Le 2 juillet 1845, quatrième jour de notre arrivée devant Santo-Thomas, huit de nos hommes, à la suite de l'insolation, étant de corvée à terre, sont tombés à la fois atteints de la gastro-entéro-colite que j'ai qualifiée de maladie des nouveaux débarqués, et dont j'ai décrit plus haut les symptômes. J'administrai un vomitif à chacun de ces hommes, tous frappés de la maladie à un haut degré, et leur santé fut rétablie en peu de jours. A dater de cette époque, la même maladie persista à se montrer successivement chez près de la moitié de notre personnel, état-major et équipage.

Relation d'un cas de cette nature d'une acuité remarquable. — M. A. G....., aspirant, âgé de 19 ans, d'une constitution robuste, n'avait éprouvé, quoique ce fût son premier voyage en mer, nul dérangement gastrique pendant la traversée de sortie. Le 5 août 1845, il alla se coucher en bonne santé et sans avoir commis aucun excès dans la journée. Dans la nuit, il se sent tout à coup dérangé : malaise, grands maux de tête, coliques intenses, envies de vomir, vomissements et diarrhée qui durent toute la nuit, laissant le malade dans un grand abattement M. G..... n'ayant pas donné une grande importance à ces accidents, je ne fus appelé que le lendemain de bonne heure par un de ses camarades. Arrivé près du malade, je le trouvai dans un état fébrile et dans une grande surexcitatiou nerveuse, tourmenté par des efforts continus de vomissements, par une diarrhée et des tranchées aiguës, et par des crampes nerveuses dans les membres. Je me hâtai d'administrer gr. ij3 d'émétique, qui favorisent d'abord les vomissements et la diarrhée, et mettent bientôt un terme à tous les accidents. A midi, M. G..... entrait en convalescence ; mais son abattement profond, l'altération de ses traits, le teint jaunâtre de la face et un amaigrissement général considérable, le rendaient méconnaissable. Le quatrième jour de la maladie, la convalescence avait fait place au rétablissement complet de la santé.

Fièvre intermittente grave. — La maladie qui, à bord, a fait suite à la gastro-entéro-colite des nouveaux débarqués, lorsqu'il y a eu récidive de celle-ci, mais qui, dans le plus grand nombre des cas, s'est montrée d'emblée, est la fièvre intermittente, que l'on a voulu comparer aux fièvres des polders de la Belgique, mais qui est bien plus grave et plus rebelle que ces dernières par l'ensemble des symptômes insolites qui l'accompagnent, les vomissements bilieux, les congestions vers la tête, souvent le délire qu'elle réveille à chaque accès, et par l'état d'abattement profond dans lequel elle laisse les malades à la fin de la période de sueur. Une fois atteint de cette maladie dont les récidives sont fréquentes, la constitution

s'altère, la peau contracte une couleur jaune terne, la face devient blafarde, bouffie, et les malades sont d'une faiblesse extrême, abattus et découragés. Il y a gêne dans la circulation veineuse abdominale, dérangement plus ou moins profond dans les organes digestifs, engorgements du foie et de la rate; accidents qui se compliquent d'infiltration œdémateuse générale ou partielle. Passée à l'état chronique, la maladie, ce dont j'ai eu plusieurs exemples à bord et ailleurs, est d'une grande difficulté dans son traitement. La convalescence est souvent troublée par de nouveaux accès et une transpiration abondante, acide, nauséabonde pendant le sommeil, qui empêchent longtemps la santé de se rétablir complétement. Je vais faire l'histoire de quelques cas de cette nature.

Obs. I. — B....., matelot aide charpentier, âgé de 20 ans, d'une constitution athlétique, avait été pris, le 26 juillet 1845, à la suite de l'insolation en travaillant à terre, de céphalalgie, de vomissements, de diarrhée, accompagnés d'une vive réaction fébrile.

Saignée abondante au début, vomitif le lendemain. Boissons théiformes abondantes, diète.

Le 20 août, rétablissement complet de la santé. Le 30 décembre, insolation par suite d'un travail de corvée à terre; accès de fièvre intermittente grave. Cephalalgie intense, congestion vers la tête; insomnie, délire pendant les accès. Rougeur de la langue, soif, vomissements bilieux, coliques aiguës, constipation. A la fin des accès, à type quotidien, le malade se plaint de brisements des membres. Saignée abondante au début. Le lendemain matin, un vomitif amène des vomissements nombreux et des évacuations alvines abondantes. Infusion de tilleul, diète.

En quelques jours, l'état du malade s'améliore sous le rapport de la quantité des symptômes généraux; mais la fièvre, dont les accès ont d'abord cédé avec difficulté à l'usage du sulfate de quinine, a continué à reparaître à de courts intervalles, portant une atteinte profonde dans la source de l'innervation. Hésitation dans la marche. Hébétude. Sommeil agité. Face bouffie. Teint blême, jaune terne. Douleurs aux hypochondres sans tuméfaction marquée. Trouble des digestions, constipation, coliques. Le traitement suivi a eu pour bases les minoratifs, le calomel à doses purgatives, le sulfate de quinine uni aux opiacés, aux antispasmodiques, les boissons délayantes, le nitrate de potasse, les potions vineuses, une nourriture appropriée, les bouillons, etc., etc. Tous ces moyens combinés n'ont pu avoir qu'un résultat lentement avantageux. A notre départ de Santo-Thomas, ce jeune homme, fort et robuste quelques mois auparavant, reste faible, abattu, disposé à l'hydro-

pisie passive, et incapable de la moindre fatigue sans s'exposer à de nouveaux accès de fièvre.

Obs. II. — N....., matelot, âgé de 21 ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une bonne constitution, est pris, le 2 août 1845, d'accès de fièvre intermittente tierce accompagnés de symptômes graves du côté du cerveau et des organes digestifs. État fébrile intense pendant les accès. Vomissements, diarrhée avec tranchées; brisement des membres.—Saignée, et le lendemain vomitif composé de gr. iij d'émétique. Les jours suivants, sulfate de quinine, infusion de mélisse. Diète. — Le 12 il était convalescent.

Quatre jours plus tard, le 16, récidive. Symptômes graves. — Eméto-cathartique. Régime. Sulfate de quinine, potion vineuse. — Convalescence le 22 du même mois. Deux jours après, les accès reparaissent sous le type quotidien. Dérangement gastrique; vomissements pendant les accès; diarrhée, affaiblissement, douleurs profondes aux hypochondres, surtout à gauche où la rate fait saillie. Teint jaune pâle, œdème des extrémités. — Minoratifs, sulfate de quinine uni à l'extrait d'opium, nitrate de potasse à l'intérieur en augmentant insensiblement les doses, frictions mercurielles sur l'hypochondre gauche que l'on recouvre de cataplasmes émollients. Infusion de mélisse. Régime modéré, bouillons et potion vineuse. — Convalescence le 24 septembre.

Le 12 octobre, nouvelle récidive sous le type quotidien. Céphalalgie, insomnie, coliques; réapparition des douleurs aux hypochondres. J'ai recours aux mêmes moyens de traitement auxquels j'ajoute un vomitif au début, et par intervalles l'hydriodate de potasse à l'intérieur et en pommade sur le côté gauche. Après plusieurs alternatives de danger imminent toujours éloigné par une surveillance active, N....., plein de courage et de résignation, est entré en convalescence lente, et non encore assurée à notre départ de Santo-Thomas, à la fin de janvier 1846.

Obs. III. — Le nommé D....., matelot, maître d'hôtel à bord, âgé de 31 ans, d'une constitution un peu détériorée, a fait en dernier lieu et successivement deux voyages aux Indes orientales, pendant lesquels il a éprouvé des dérangements gastriques d'assez longue durée.

Le 11 septembre 1845, il contracte la fièvre intermittente sous le type tierce : accès de froid de courte durée, mais périodes de réaction et de sueur accompagnée d'une grande agitation, de maux de tête aigus, de vomissements et de diarrhée.

Vomitif, puis boissons théiformes abondantes. Diète jusqu'à disparition des symptômes de complication; ensuite sulfate de qui-

nine uni au musc, bouillons, etc. Le 24, D..... est en voie de guérison parfaite. Il reprend son service, qui n'est pas fatigant.

Le 1er octobre, récidive avec réapparition des symptômes graves. La fin des accès laisse le malade faible, abattu et en proie à des douleurs articulaires aiguës. La face est d'un teint jaunâtre pâle. Douleurs aux hypochondres et plus superficiellement dans toute l'étendue de l'épigastre qui est sensible au toucher, ce que j'attribue à la participation du péritoine aux complications de la maladie. Trouble de l'innervation. Insomnie; dérangement dans l'harmonie des fonctions digestives, constipation; bouffissure de la face, œdème des extrémités, dispositions à l'hydropisie.—*Traitement.*—Minoratifs au début, puis sulfate de quinine seul ou uni à l'extrait d'opium, nitrate de potasse, hydriodate de potasse à l'intérieur. Frictions mercurielles sur l'abdomen et les hypochondres qui sont recouverts de cataplasmes émollients. Au 3e jour de l'emploi des frictions mercurielles, et au moment où pour la 4e ou la 5e fois je désespérais du succès des moyens thérapeutiques, une salivation heureuse est venue déplacer le siége des accidents et remettre de nouveau le malade en voie de guérison, mais dans un état de faiblesse extrême. Deux bouteilles de vin de Malvoisie, dues à une générosité amie, et accordées par petites doses à la fois, m'ont été utiles dans cette circonstance. Régime réparateur, bouillons, œufs, etc., etc.

A l'époque de notre appareillage de Santo-Thomas pour notre voyage de retour, D..... reste soumis à l'usage du nitrate de potasse à l'intérieur et à l'extrait d'opium, pris le soir à la dose d'un demi-grain à un grain contre l'insomnie. Vésicatoires sur l'hypochondre gauche qui est douloureux, liniments laudanisés en frictions sur différentes parties du corps où sont ressenties des douleurs rhumatismales. Le malade continue à marcher vers la convalescence; mais son état de délabrement des fonctions les plus importantes à la vie exigera beaucoup de temps pour réparer ses forces et le rendre à la santé, dans le cas même où des accidents imprévus ne viendraient pas apporter de nouveaux obstacles à la marche régulière de la cure.

Fièvre bilieuse rémittente. — Le typhus spécial sous forme de fièvre bilieuse rémittente, dont il a été question dans ma note ci-dessus rapportée, et auquel a succombé en peu de jours notre sous-commissaire de marine P....., doit fixer ici mon attention. Un nouveau cas de cette grave affection, qui se rapproche de la fièvre jaune par sa nature, s'est présenté depuis à mon observation. En voici l'historique : M. P....., aspirant, âgé de 27 ans, tempérament sanguin-nerveux, bonne constitution, avait eu, dès les premiers jours du mois d'août 1845, une grave atteinte de la maladie des nou-

veaux débarqués. Au commencement de novembre, par un temps de pluies abondantes presque continues, il fit un voyage au fleuve *la Montagua*, pendant lequel il fut littéralement couvert de morsures de moustiques. Par suite de ces morsures, il a conservé aux extrémités inférieures de petites ulcérations difficiles à guérir. Le 2 janvier 1846, frissons suivis de malaise et d'un état fébrile qui le force à prendre le lit. Les boissons chaudes sollicitent une transpiration abondante. Mieux le lendemain et les jours suivants.

Dans la nuit du 6 au 7 du même mois de janvier, indigestion, envies de vomir, coliques, diarrhée, lassitude, insomnie. Le matin, céphalalgie, brisement des membres, fréquence du pouls, chaleur de la peau. — Tenir le lit, boissons théiformes, régime sévère.

Le 8, deuxième jour de la maladie, pas de changement. Le soir, les symptômes augmentent d'intensité, la céphalalgie est plus aiguë, le pouls résistant, la peau brûlante. Je diagnostique une fièvre bilieuse rémittente. — Saignée de 12 onces; gr. iv de calomel en une dose, fomentations froides sur le front, sinapismes aux extrémités inférieures. Boissons délayantes. Diète absolue.

Le 9, troisième jour de la maladie, plusieurs selles pendant la nuit, pas de sommeil. Le matin, abattement, fréquence du pouls, chaleur sèche et brûlante, congestion vers la tête.—Fomentations et boissons chaudes continuées. Vers le soir, légère rémission. Sinapismes aux pieds pendant 2 heures.

Le 10, quatrième jour de la maladie, intensité dans les symptômes, altération des traits, couleur jaunâtre de la face et de la peau qui offre au cou et sur la poitrine quelques taches circonscrites d'un jaune clair. Céphalalgie sus-frontale très-aiguë, insomnie constante, délire passager. Sensation de pesanteur et de douleur profonde aux hypochondres.—Emétique gr. vj sur onces vj de véhicule : toutes les heures une cuillerée, à commencer par une demi-dose. Fomentations sur le front et régime continué.

Le soir, pas de vomissements, mais quelques selles dans la journée. Je trouve le malade beaucoup mieux. Sueur franche et abondante; amoindrissement des douleurs sus-frontales et des autres symptômes.

Le 11, cinquième jour de la maladie, le malade a beaucoup transpiré la nuit et a dormi d'un bon sommeil. Amélioration notable. —Réitérer la potion émétisée et continuer les autres moyens.

Les jours suivants, l'appétit reparaît : mais de faibles accès de fièvre intermittente se manifestent et viennent retarder l'époque de la convalescence qui est de nouveau troublée par les excès d'un travail de cabinet trop assidu : ce n'est que vers la fin du mois que M. P... s'est trouvé en voie de guérison.

Congestion cérébrale. — Cette affection a causé la mort d'un de nos hommes. Le matelot L..., à la suite d'une assez longue course en canot, le 19 novembre, pendant la chaleur de la journée, fut atteint tout à coup d'éblouissements en arrivant au but de la course, et tomba à la mer, près de la côte, dans un endroit où il pouvait à peine avoir de l'eau jusqu'à la ceinture. Il fut retiré à l'instant et déposé à terre ; mais ce n'était déjà plus qu'un cadavre. La mort peut être ici attribuée à une double cause : à la congestion cérébrale et à l'immersion.

Faits chirurgicaux. — A part l'amputation du bras avec des complications graves faite à bord d'un navire de commerce anglais en rade de Santo-Thomas (*voir* ma lettre en date du 4 juillet 1845, n° 19) et une ligature de l'artère médiate chez un colon, opérations qui l'une et l'autre ont été suivies de succès, je n'ai à rapporter ici que les circonstances d'un cas observé à bord. En voici l'exposé :

Le nommé P....., matelot, âgé de 22 ans, faisait partie, le 26 décembre 1845, du détachement destiné à rendre les honneurs militaires aux restes du docteur T..., médecin de bataillon de notre armée. Ce matelot ayant par imprudence laissé son fusil armé après l'avoir amorcé, la détente lâcha prise au moment où il laissait tomber la charge dans le canon, et le coup partit en lui enlevant le doigt indicateur droit en totalité jusqu'à la limite du quart supérieur de la première phalange de ce doigt, ne laissant que des lambeaux de chair carbonisés et dilacérés jusqu'au dessus de l'articulation immédiatement supérieure. Le doigt médius présentait aussi une plaie avec perte de substance limitée à la partie externe, entre la grande plaie et l'articulation de la première avec la deuxième phalange. Me trouvant sur les lieux, je procédai à l'instant à l'amputation du doigt indicateur qui fut faite dans son articulation métacarpo-phalangienne, d'après la méthode ovalaire, avec la précaution de conserver suffisamment, c'est-à-dire le plus de chair possible.

J'ai pu réussir, en profitant de tous les lambeaux de chair, à recouvrir la tête de l'os mis à nu par l'opération. Après le pansement, les irrigations d'eau froide ont été employées avec soin et continuité du dixième au quinzième jour de l'accident. Une belle plaie a succédé à la chute des eschares des parties carbonisées. Le 27 janvier, trente-deuxième jour à partir de l'opération, la plaie est cicatrisée avec une régularité parfaite, et F.... est déclaré guéri.

Réflexions générales; conclusion. — La première chose qui frappe à la lecture de ce rapport, c'est le grand nombre de malades entrés en traitement, et parmi ce nombre, le chiffre des affections

graves et les rechutes ou récidives de ces mêmes affections. En effet, avec un équipage composé de 62 hommes tous jeunes, robustes et bien portants au moment de l'arrivée, le tableau lettre B. porte, pour les 7 mois de station, le mouvement des malades à 160, parmi lesquels 2 décès. De plus, si je divise le nombre des malades par 62, chiffre du personnel, je trouve que chaque homme a été malade deux fois et demi environ pendant ces 7 mois. Je remarque en même temps que 5 hommes seulement, porteurs de maladies presque insignifiantes, restaient sous traitement à la fin de juin, tandis qu'à la fin de janvier, époque de notre départ de la colonie, je trouve à la colonne restant sous traitement 15 hommes, presque tous affectés de maladies de longue durée. Ces résultats sont défavorables; et pourtant ils eussent pu être plus défavorables encore sous le rapport de la mortalité, si le traitement que j'ai institué d'abord avait échoué, et s'il eût fallu tâtonner pour arriver à une méthode plus efficace. Dans de telles circonstances, il faut tâcher de mériter une confiance sans bornes, car la démoralisation peut faire de rapides progrès et devenir une nouvelle source de revers.

D'après ce qui précède, je crois ne me rendre qu'à l'évidence en reconnaissant que les influences climatériques auxquelles nous sommes restés exposés sont promptes à troubler l'harmonie des fonctions, et qu'il faut être heureusement constitué pour pouvoir résister impunément aux causes morbides naissant sous de telles conditions.

Je dois dire ici quelques mots à propos de la fièvre bilieuse rémittente. Les faits que j'avais recueillis de l'autopsie rapportée plus haut m'avaient conduit à espérer, dans ces sortes de cas, de bons résultats de l'émétique à doses rasoriennes : l'histoire de la maladie de M. P....., où cette méthode a été suivie, vient donner un nouveau poids à mes prévisions.

Les influences physiques du climat et la constitution atmosphérique m'ont rendu constamment appréciable l'augmentation ou la diminution des maladies pendant le mois de juillet, qui a suivi de près notre arrivée, avec les pluies orageuses abondantes alternant avec une vive intensité des rayons solaires à l'impression desquels nous étions loin d'être familiarisés. La maladie des nouveaux débarqués a prédominé d'une manière remarquable. Durant les mois d'août et de septembre, avec la même intensité de chaleur, les orages et les pluies, avec les calmes et la prédominance de la brise de terre, se sont présentées les fièvres intermittentes et les récidives de ces mêmes maladies, ainsi que d'autres affections plus graves qui ont revêtu ensuite le même type. Les deux mois suivants, le temps et

les vents ont été plus variables. Nous avons eu une période de plusieurs jours sans pluie, et une autre d'un temps plus frais, sous l'influence d'un vent courant O. N. O. Les temps pluvieux ont fourni des récidives de fièvres.

Au mois de décembre, la température est devenue moins intense, même fraîche le matin et le soir. Les vents d'O. N. O. ont soufflé fréquemment, quelquefois avec violence, avec des alternatives de brise de terre qui charrie constamment une odeur désagréable. Les pluies, souvent froides, sont venues par fortes ondées, rarement avec continuité : je n'ai pas observé d'orage, mais plusieurs fois des brouillards au lever du soleil. Par suite de ces changements dans les constitutions atmosphériques et des variations brusques de température, la moyenne des malades, restée à 6 les deux mois précédents, est montée au double, se composant en grande partie de récidives de fièvres qui ont amené pour quelques sujets des altérations profondes dans les organes abdominaux et un état de faiblesse et d'abattement difficile à vaincre. Pendant le mois de janvier, qui a offert à peu près la même constitution atmosphérique, la moyenne des malades, loin de diminuer, a augmenté encore.

Voyage de retour. — Je termine par quelques détails sur notre voyage de retour. Nous avons quitté Santo-Thomas le 28 janvier de l'année 1846, ayant à bord 15 passagers pour la Belgique, dont 2 d'arrière. Dans le cours de la traversée de Santo-Thomas à New-Yorck où nous devions aller nous ravitailler, nous avons essuyé de très-mauvais temps, de violentes tempêtes, et l'abaissement dans la température a été tellement rapide, qu'en moins de vingt jours le thermomètre centigrade est descendu de 30° + 0 à 6°, 10° et jusqu'à 14° — 0. Ce sont les degrés de froid observés à la fin de février, les premiers jours de notre arrivée à New-Yorck.

Pendant notre séjour dans le port de cette ville, la fonte des neiges s'est opérée, et le 16 mars, à notre départ pour Ostende, il y régnait une chaleur tempérée qui annonçait le printemps. Mais le lendemain de notre mise à la voile, les mauvais temps ont recommencé et ont continué une grande partie de la traversée : le thermomètre centigrade variait de 4 0/50 à 16° le matin et le soir, et de 9° à 19° dans le milieu du jour.

Ces diverses et longues variations dans la température, les pluies froides et les fatigues auxquelles les hommes de quart étaient exposés, sont devenues de nouvelles causes de récrudescence dans les récidives de fièvres, et ont contribué au développement des affections catarrhales en général peu intenses.

Aujourd'hui, à notre rentrée au port après 76 jours de mer y

compris la relâche à New-Yorck, je compte encore parmi l'équipage 2 officiers et 5 matelots non encore guéris de la fièvre de Santo-Thomas, et dont la constitution a beaucoup souffert des suites de cette fièvre que les affections pectorales sont venues compliquer. Parmi ceux-ci se trouve une partie des hommes restés sous traitement à l'époque de notre départ de la colonie. D'autres, quoique mieux rétablis, conservent un certain état de pâleur et de faiblesse qui n'annonce pas une guérison radicale.

Les passagers se trouvaient en général dans de mauvaises conditions de santé en quittant la colonie. Ils ont continué à me fournir journellement 4 à 5 malades, dont un phthisique à un degré avancé, qui a dû rester dans son cadre pendant tout le voyage, et que j'ai craint plusieurs fois de perdre en route. Cet homme, officier pensionné, a été déposé, à notre arrivée, à l'hôpital civil.

Un des passagers d'entrepont est décédé subitement le 19 mars, trois jours après notre départ de New-Yorck. Affaibli par les maladies et peut-être par des excès de boisson, atteint de fièvre intermittente avec œdème et ulcération aux extrémités inférieures, et d'une légère bronchite depuis notre arrivée dans les pays froids, ce malheureux n'a fait que s'éteindre.

DEUX CAS D'ÉPILEPSIE, RÉTENTION DU PLACENTA, ET TUMEUR BLANCHE DU GENOU GUÉRIES PAR LE TARTRE ÉMÉTIQUE A HAUTE DOSE;

Par M. le docteur Eenens, de Saintes (Brabant).

Cette observation a rapport à deux cas d'épilepsie guérie au moyen du tartrate antimonié de potasse à haute dose, après avoir mis en usage les traitements antiphlogistique, anthelmintique, antispasmodique, et antiépileptique, tels que les saignées coup sur coup, les pédiluves, le calomel, le semen contra, la spigelia anthelmentica, la valériane, le sulfate de cuivre ammoniacal, l'indigo, le carbonate de fer, l'assa fœtida, le nitrate d'argent, etc.

Le 14 février 1846, à dix heures du soir, on me fit appeler pour me rendre chez le nommé Pierre Joseph Decuyper, âgé de 33 ans, d'une petite stature, nervoso-sanguin, principal ouvrier spingeur, ou batteur de lin de son atelier, demeurant au hameau du Nouveau-Monde, frontière de Tubize, sous Saintes, à la distance d'une demi-lieue de mon domicile. Je m'y transportai pour voir le malade en question; mais, avant de partir, je me munis d'une fiole avec de l'ammoniaque liquide en cas de besoin.

A mon arrivée, le malade était revenu à lui : il ne savait pas ce qui s'était passé; seulement il était fatigué et sentait le besoin de dormir. Il me déclara qu'il avait encore eu quelquefois de ces attaques, mais pas si fortes, et qu'alors on le croyait mort. — Après mon souper, me dit-il, il m'est survenu tout à coup un violent mal de tête, des contractions nerveuses qui furent suivies d'un accès de mal caduc. — Cet accident, pris d'abord pour une indigestion, se répéta à des époques indéterminées pendant près de deux mois, durant lesquels le malade fit inutilement usage de tous les prétendus antiépileptiques que je lui administrai, tels que saignées coup sur coup, sangsues, bains, les anthelmintiques. Les antispasmodiques fixes et diffusibles furent employés tour à tour sans succès; au contraire, cette médication confuse et stimulante empira beaucoup la maladie, dont les accès se rapprochaient toujours davantage.

A la même époque, sa fille aînée, âgée de quinze ans, venait de contracter la même maladie que son père, c'est-à-dire deux ou trois paroxysmes par jour, caractérisés par la perte de connaissance, des convulsions des muscles de la face, des yeux et de tout le corps qui s'agitait en tous sens; puis roideur tétanique, renversement de la tête en arrière, lividité et tuméfaction de la face, écume à la bouche, respiration difficile, rare et sifflante, pouls petit, irrégulier. Cet état durait sept à huit miuutes, et la malade en sortait avec étonnement et surprise, ne sachant que dire. Elle se rétablissait insensiblement, restait plus au moins imbécile, triste et engourdie après chaque accès.

Après avoir employé à peu près tous les remèdes antiépileptiques préconisés, je réfléchis que depuis 1830 j'avais guéri un grand nombre de maladies aiguës et chroniques dans lesquelles les merveilleux effets du tartre émétique avaient surpris mon attente, par exemple, la pneumonie, le rhumatisme articulaire, le tétanos, la chorée, et dernièrement encore, un cas de rétention du placenta enkysté dans la matrice, à la suite d'un accouchement où, n'ayant pu le détacher par aucun des moyens en usage, j'employai le tartre émétique à haute dose, et l'expulsion s'en fit favorablement.

Finalement, j'ai guéri aussi les deux épileptiques précités, le père et la fille, au moyen du tartre stibié à haute dose.

Le 1er jour, tartre émét., gr. vj; eau distill., ℥vj; cochenille, gr. iij. Une cuillerée toutes les deux heures dans un quart de litre d'eau sucrée.

Le 2e jour, tartre émét., gr. x; cochenille, gr. iij; eau, ℥vj. Une cuillerée toutes les deux heures, dans un quart de litre d'eau sucrée.

Le 3e jour, xv grains émétique; cochenille, gr. iij ; eau ℥iij, comme ci-dessus : mieux sensible.

Le 4e jour, xx grains émétique comme ci-dessus, donnés jusqu'à la tolérance.

Alors j'ai diminué la dose insensiblement, et les deux malades sont parfaitement guéris aujourd'hui.

2° *Rétention du placenta guérie également par le tartre émétique à haute dose, la belladone en frictions et en injections.*

Le vendredi 10 avril 1846, je fus mandé pour aller accoucher de son premier enfant, la femme du fermier Antoine Arnould, âgée de 25 ans, forte et robuste, sanguine et bien constituée, demeurant à Saintes. A mon arrivée, le premier toucher ne me permit pas d'atteindre l'orifice externe de la matrice, lequel était encore au-dessus du détroit supérieur; les douleurs étaient faibles et rares. Je retournai chez moi. Le lendemain, j'atteignais à peine l'orifice ouvert de la grandeur d'une pièce de deux centimes ; les contractions se faisaient longtemps attendre : une saignée fut pratiqnée. Le jour suivant, les douleurs augmentèrent un peu ; mais la dilatation de l'orifice se faisait attendre. Au moyen du spéculum, j'introduisis de la pommade de belladone, afin de dilater le col : cette pommade fit son effet de manière qu'en moins de deux heures la dilatation était suffisante pour donner passage au fœtus ; mais comme les douleurs expulsives étaient plus fortes, j'administrai 1/2 gramme de seigle ergoté, et une heure après, une nouvelle dose dans de l'eau sucrée, et la femme mit au monde un enfant bien constitué.

Voici maintenant l'histoire d'un placenta enkysté et tellement adhérent qu'il était impossible de le détacher avec la main, sinon par petits morceaux d'apparence squirrheuse.

Traitement. — Eu égard à la grande constriction spasmodique de la matrice et à l'adhérence extraordinaire du placenta, j'injectai de l'eau vinaigrée dans la veine ombilicale, une solution de laudanum et de belladone dans l'utérus, toutes les deux heures ; à l'intérieur une potion de même nature : des frictions de pommade de belladone et d'onguent napolitain furent pratiquées sur l'abdomen. Ce traitement fut continué avec beaucoup de persévérance, mais sans avantage. C'est alors que je prescrivis avec le plus grand succès le tartre émétique à haute dose, comme dans l'observation précédente.

Un gargouillement abdominal se fit entendre pendant deux heures, et l'expulsion de l'arrière-faix eut lieu avec le plus heureux succès.

3° *Tumeur blanche du genou.*

Un jeune homme, à la suite d'un rhumatisme de la cuisse, avait un genou affecté de tumeur blanche : la jambe était dans une flexion permanente, et les plus légers mouvements d'extension causaient les douleurs les plus vives. Les médecins les plus renommés avaient porté un fâcheux pronostic. Je crus que l'émétique à haute dose pourrait être utile : je commençai par 10 grains dans cinq verres d'eau sucrée ; j'augmentai successivement, et le malade fut guéri.

Les praticiens sont d'accord sur ce point, que l'émétique à forte dose fait moins vomir qu'à dose plus faible. Au reste, la pratique que je viens d'exposer n'est pas aussi hardie qu'elle le semble, car on ne donne que 1, 2 ou 3 grains à la fois, quantité que les médecins sont habitués à administrer depuis longtemps dans une moindre quantité d'eau. Aujourd'hui, on met cette dose dans une demi-pinte de véhicule, et on ne la répète que pour autant que la précédente n'a produit aucune intolérance, et par conséquent on ne court aucun risque, pour peu qu'on soit prudent et attentif.

Medicinische Jahrbuecher des K. K. OEsterreichischen Staates.

(Analyse par le docteur Biver.)

DÉCEMBRE 1844.

I.

62. *Le mercure à l'état métallique peut-il communiquer des qualités nuisibles à l'eau?* par le professeur Pleische.

L'auteur, après avoir cité plusieurs faits qui prouvent que le mercure métallique peut s'évaporer jusqu'à provoquer un ptyalisme assez fort chez des personnes exposées aux émanations de ce métal, finit par conclure que le mercure métallique jeté dans une fontaine ne peut occasionner aucun accident en corrompant l'eau.

63. Fin de l'article sur l'*amblyopie et l'hémeramblyopie ;* par le docteur Beer.

64. *Sur l'usage le plus convenable des brayers dans les hernies congénitales;* par le docteur Dermosen.

Cet article est destiné à démontrer que chaque hernie a besoin d'un bandage fait exprès et bien choisi.

65. *Névralgie rare des extrémités des doigts et des orteils ;* par le docteur Flamm.

Le sujet de cette observation est une femme de 35 ans. Cette névralgie a été traitée et guérie par les frictions d'huile de croton sur les vertèbres douloureuses, et par l'administration du carbonate de fer à l'intérieur.

Cas de fièvre intermittente larvée; par le docteur Plaseller, à Weissenbach (Tyrol).

Durant une pratique de six années dans cette localité, le docteur Plaseller a vu la fièvre intermittente se larver : 1° sous la forme d'une apoplexie sanguine; 2° sous la forme d'une éclampsie interne; 3° sous la forme d'une céphalée solaire; 4° sous la forme d'une céphalée nocturne; 5° sous celle d'une ophthalmie intermittente; 6° sous celle d'une hémicrânie; 7° sous celle d'une odontalgie intermittente; 8° sous celle d'une pleurodynie interne; 9° sous celle de fausses douleurs d'accouchement.

L'auteur rapporte plusieurs observations pour prouver que les fièvres intermittentes ayant été endémiques dans sa localité, et que les maladies que l'intermittence simulait ayant cédé aux fébrifuges, il n'avait eu affaire qu'à des fièvres.

Remarque. Malgré tout le respect que nous avons pour nos anciens maîtres, nous sommes forcé de déclarer que nous avons vu des fièvres de tous les genres, que nous les avons vues résister et céder à des médications diverses, opposées, rationnelles, empiriques; que nous nous sommes demandé : Mais qu'est-ce donc qu'une fièvre? en quoi consiste-elle? est-elle une maladie; est-elle un symptôme? est-elle un effort que l'organisme tente périodiquement pour expulser la cause ou l'effet d'une affection quelconque? et que nous avons dû nous dire que cette dernière version nous semblait la plus probable; que tout dans l'organisme se fait par accès et par rémissions, soit la veille et le sommeil, l'appétit et la soif, l'émission des urines et la contraction expulsive du rectum. Il est pour cela une raison tellement claire, que nous croyons pouvoir la passer sous silence.

Les habitudes elles-mêmes sont intermittentes.

Combien de volumes écrits, combien de tableaux tracés avec efforts par des mains habiles pour démontrer l'existence des fièvres, pour les décrire, pour les distinguer en une foule d'espèces! et après toute cette dépense de travaux et d'érudition, nous sommes forcé de dire que maint praticien se demande avec nous : Mais existe-il une fièvre; ou la fièvre n'est-elle qu'un symptôme? Ne serait-elle pas tout bonnement la manifestation extérieure d'un effort que fait la nature chaque fois qu'elle est provoquée, gênée, ou tourmentée par un mal perceptible ou non perceptible à nos sens, afin de se débarrasser de cet hôte incommode? Cet effort

devient plus ou moins intermittent ou périodique, selon la réapparition de la cause qui le provoque, ou selon que les forces organiques ont été plus ou moins reposées, réparées, retrempées.

67. *Sur la cachexie scorbutique que l'on observe dans les prisons et dans les maisons de correction;* par le docteur L. Beer, à Brünn.

Le docteur Beer, après avoir tracé un tableau très-véridique des causes, des signes et des symptômes du scorbut des gencives, prévient le lecteur que les acides, les végétaux et les spiritueux ne sont pas les moyens qui réussissent dans ce genre de scorbut occasionné par la réunion de toute la cohorte des causes physiques et morales réunies; il fait observer qu'une nourriture animale est le meilleur moyen, et que l'usage du lait, matin et soir, préviendrait non-seulement le scorbut, mais que ce dernier est même l'antidote par excellence de l'ivrognerie, et qu'il adoucit le caractère à demi sauvage de la plupart des délinquants.

II.

Suite et fin de l'*Histoire de l'organisation des établissements sanitaires de Prague;* par Nowak.

Suite et fin de l'*Exposé des établissements sanitaires en Autriche;* par Streinz.

Suite et fin du *Rapport annuel sur la prison provinciale de Vienne*; par Haller.

Suite et fin du *Coup d'œil sur la clinique ophthalmologique de Vienne*, 1842-1843; par Seidl.

Les externes traités dans cette clinique se divisent comme suit :

1.	Trichiasis	7
2.	Ectropions	4
3.	Symblépharons	2
4.	Verrues des paupières	1
5.	Sycosis	19
6.	Paralysis iridis	1
7.	Id. oculo-motorii	2
8.	Abcès du sac lacymal	2
9.	Tumor cysticus pal.	2
10.	Chalazium	18
11.	Schirrhus palp. sup.	5
12.	Blenorrh. sacc. lacrym.	11
13.	Fistula sacci	1
14.	Carie du bord de l'orbite	1
15.	Exostose de l'orbite	1
16.	Osteosteatoma orbitæ	1
17.	Corpora peregrina	129
18.	Causomata	4
	A reporter.	211

	Report.	211
19.	Ophthalmies pures.	26
20.	Inflammations purulleuses.	36
21.	Orgeolets.	8
22.	Ophthalmies érysipélateuses.	12
23.	Id. rhumatismales.	78
24.	Id. catarrhales.	131
25.	Id. des nouveau-nés	8
26.	Id. scrofuleuses	212
27.	Id. syphilitiques	1
28.	Id. goutteuses.	19
29.	Blennorrhées chroniques simples	40
30.	Id. trichomateuses	13
31.	Inflam. catarrh. du sac lacrymal.	5
32.	Pannus	2
33.	Pterygium	2
34.	Atrophies de la conjonctive.	13
35.	Etats amaurotiques.	105
36.	Staphylômes.	20
37.	Hydropisies de la chambre.	3
38.	Synéchies antérieures.	13
39.	Prolapsus de l'iris.	4
40.	Exophthalmies	2
41.	Occlusions des pupilles.	8
42.	Suppurations de l'œil.	6
43.	Cataractes	77
44.	Glaucômes	9
43.	Cataractes de la lymphe.	6
46.	Circophthalmies	4
47.	Ecchymoses de la conjonctive.	16
48.	Sarcômes médullaires.	3
	Total	1093

Suite et fin du *Rapport annuel sur la division de chirurgie de l'hôpital de Wieden;* par le docteur Lorinser.

Suite et fin de la *Description physico-médicale du duché de Salzbourg;* par le docteur Ozlberger.

Le travail du docteur Ozlberger a nécessité des connaissances et des recherches immenses: c'est un modèle difficile à imiter.

III.

La percussion et l'auscultation du cœur à l'état de santé et de maladie; par le docteur Liberal.

IV.

Cette livraison renferme aussi la fin des découvertes pharmacologiques tirées du grand ouvrage de Dierbach. Nous voudrions pouvoir communiquer à nos lecteurs un aperçu de ce travail; mais nous ne saurions complétement remplir notre tâche.

VARIÉTÉS.

—

GALERIE DES CÉLÉBRITÉS MÉDICALES DE LA RENAISSANCE.

JEAN-BAPTISTE VAN HELMONT.

Durant l'époque de tourmente et de lassitude qui se trouve comprise entre les premières attaques dirigées contre le péripatétisme et la consécration solennelle et définitive de la méthode expérimentale ou des naturalistes, quelques hommes cherchèrent à s'ouvrir une route à travers les ruines et les ténèbres des idées scientifiques en prenant pour flambeau une philosophie déplorable, en choisissant pour guide un système marqué au coin du pis aller et du désespoir. Esprits enthousiastes et inquiets par essence, imaginations poétiques et vagabondes, génies rapides et pleins d'audace, ces hommes, qui péchaient à l'endroit de la mesure, qui manquaient de prudence dans les principes comme de rigueur et de solidité dans le jugement, crurent sauver les destinées de la science en leur ménageant un hymen avec celles du mysticisme. Fauteurs d'une réaction inexorable, impatients de briser le joug d'une tradition stérile et décrépite, ils n'hésitèrent pas à subordonner les règles de la logique au procédé de l'intuition contemplative, à élever l'état passif de l'intelligence au-dessus du libre effort de la pensée, à exalter l'influence divine de la grâce au détriment du pouvoir tout humain du syllogisme et de l'induction; en un mot à sacrifier les conséquences plus ou moins légitimes d'un raisonnement formel aux résultats si souvent excentriques ou frivoles de l'inspiration spontanée, à mépriser la lumière évidente et progressive d'un esprit calme et maître de soi, pour rendre un hommage exclusif à la connaissance obscure et décousue, fruit des élans de l'extase ou des réminiscences du rêve. Or, tout en cherchant la vérité là où n'était pas son foyer réel, tout en la demandant à ce qu'il y a de plus mobile, de plus divers, de plus trompeur dans les abîmes de la pensée humaine, ils parvinrent cependant à en découvrir quelques portions. Du nombre de leurs théories et du désordre de leurs hypothèses sortirent plusieurs idées qui ne furent point perdues pour l'avenir, plusieurs germes qui devaient bientôt grandir et fructifier sous l'influence d'une occasion favorable.

Jean-Baptiste Van Helmont est le plus connu des savants de cette catégorie, le dernier représentant illustre, dans l'ordre des connaissances naturelles, de cette méthode alexandrine dont les illu-

sions et les écarts allaient s'évanouir devant le génie de Bacon, de Descartes et de Galilée, sauf à renaître plus tard, isolément, avec un éclat restreint et passager, modifiées par les siècles et accommodées à d'autres circonstances.

Il naquit à Bruxelles, en 1577. Il appartenait au corps de la noblesse. Il était le plus jeune des enfants d'un gentilhomme qui possédait les seigneuries de Mérode, de Royenboch, d'Oorschot et de Pellines. Il fit ses études à l'Université de Louvain, où il resta jusqu'à l'âge de dix-sept ans. Il en avait vingt-trois quand il reçut le grade de docteur en médecine. Il parcourut ensuite, à différentes reprises, la France et l'Italie. L'enseignement de l'école étant venu se briser contre les résultats de son expérience personnelle, Van Helmont atteignit la seconde phase d'un état dans lequel tout médecin doit tomber tôt ou tard; il passa du dogmatisme au scepticisme. Mais comme le doute n'est qu'une station provisoire, qu'une halte, chez quelques natures actives et passionnées; comme il arrive un instant où ces natures exceptionnelles éprouvent le besoin impérieux de croire à la réalité des choses, Van Helmont, qui voulait le but, devait aussi vouloir les moyens, quelque aveugles, quelque déraisonnables qu'ils fussent. En conséquence, il entra dans une troisième phase, celle où il allait se fixer pour toujours. Il passa du scepticisme au mysticisme : les songes et les visions lui servirent de méthode, comme à d'autres le syllogisme et l'induction.

Van Helmont se plaît à décrire lui-même les étranges procédés dont il usait ordinairement pour arriver à la compréhension des choses. « Un jour, dit-il, je tombai dans un sommeil intellectuel assez remarquable. Je vis mon âme : elle avait une médiocre étendue, elle jouissait de la forme humaine; mais elle n'était revêtue des caractères d'aucun des deux sexes. Puis, une certaine lumière, auprès de laquelle la lumière de ce monde avait l'aspect des plus épaisses ténèbres, et qui n'avait rien d'analogue dans les choses sublunaires, vint à tomber sur elle en se mêlant à sa nature. Dès lors l'union de l'esprit avec le corps devint une idée claire pour moi, et je sus que de ces deux éléments c'est le premier qui enfante le second. » Un peu plus loin il ajoute : « Une autre vision intellectuelle s'offrit à mes yeux. J'aperçus un arbre d'une très-grande beauté, qui occupait presque toute l'étendue de l'horizon, et dont l'élévation et la circonférence me causèrent un profond étonnement. Cet arbre était couvert de fleurs innombrables, odorantes et parées des couleurs les plus agréables et les plus éclatantes. Plusieurs d'entre elles avaient des fruits par devant et des bourgeons par derrière. J'en cueillis une, et tout à coup son odeur,

sa couleur et sa forme s'évanouirent en même temps que m'était révélé l'esprit de cette vision » (1).

Une âme tendre et nourrie des préceptes d'un catholicisme ardent décida de sa vocation pour l'étude de la médecine. Un jour où, la face prosternée contre terre, il sollicitait Dieu de lui inspirer le meilleur moyen d'être utile à ses semblables, il tomba dans un sommeil extatique au sein duquel cette vocation lui fut suggérée par un avis céleste. « Là, dit-il, je vis toutes les choses sous leur aspect réel, en d'autres termes, semblables au chaos le plus informe, ce qui me causa une émotion pénible. Puis j'entendis la conception d'une parole qui signifiait ces mots : Tout ce que tu regardes n'est rien, tout ce que tu fais est moins que rien à côté de la puissance du Très-Haut. Celui-ci connaît la destinée de toutes choses; quant à toi, pense à ton salut. Enfin, de la conception de cette parole émanaient l'ordre de me faire médecin et la promesse que l'archange Raphaël viendrait m'assister de ses conseils (2). » Dès lors, quittant sans regret les carrières élevées que lui ouvrait sa qualité de gentilhomme, renonçant, malgré les prières de sa famille, au riche canonicat qu'on s'était empressé de lui offrir et qu'on s'efforçait en vain de lui faire accepter, Van Helmont se livre, durant trente années, aux investigations les plus diverses; il s'applique, au détriment de sa santé comme au péril de ses jours, aux recherches les plus délicates et les plus pénibles. C'est au bout de ce temps qu'il s'écrie, au milieu d'un des accès de son enthousiasme mystique : « Enfin je sais, avec Salomon, que, jusqu'à présent, mon esprit s'est inutilement mis à la torture, que la science des choses placées sous le soleil est vaine. Adolescent, homme fait, maintenant même où je touche à la vieillesse, ma tâche est restée stérile, je me suis montré ingrat envers Dieu à qui tout honneur appartient (1). »

Étrange illusion que celle dont se berçait l'esprit de cet homme! Bannir l'activité rationnelle de l'âme sous le prétexte que le pouvoir de cette activité s'efface quelquefois devant l'influence de l'inspiration passive ! Abdiquer en faveur des chimères enfantées par le fatalisme un élément qui constitue le plus admirable privilége de l'homme, le libre effort de l'intelligence, la personnalité, et cela parce que dans la rêverie, parce que dans le songe, parce que dans le mode hallucinatoire, l'imagination est à même d'embrasser par hasard une vérité dont la lumière échappe accidentellement à la pensée qui jouit de toute la plénitude de ses forces ! Qu'est-ce

(1) *Opéra*, Lugduni, in-folio, 1667; *Confessio authoris*, p. 9 et 10.
(2) Ibid., *Studia authoris*, p. 12.
(3) Ibid., p. 13.

à dire? N'est-ce pas prendre l'ombre pour le corps? n'est-ce pas saisir la figure d'un objet dans un miroir, au lieu de percevoir cet objet à l'aide d'un moyen plus facile, par l'entremise d'une opération plus directe? Que penserait-on, en effet, d'un astronome qui viendrait diriger l'objectif de sa lunette du côté des vagues de l'Océan dans le but de mieux s'orienter au milieu de l'océan des astres? De ce qu'on observe quelquefois dans le cristal d'une fontaine toutes les phases d'une éclipse, en faut-il conclure à la possibilité qu'aurait le firmament de se réfléchir d'une manière fidèle à la surface des ondes agitées de la mer? La rêverie comme le songe, celui-ci, comme la vision, ne sont-ils pas des actes qui impliquent presque toujours antérieurement le concours d'une intuition active, la participation d'un effort volontaire?

Malgré les vices d'une telle méthode, l'intelligence supérieure de Van Helmont sut se frayer une issue merveilleuse. Les sciences naturelles où le génie de ce théosophe se révèle avec l'éclat le plus extrême, celles où il projette par torrents des clartés inconnues, où il trace des sillons d'une profondeur impérissable, sont la chimie, la physiologie et la médecine.

La première de ces trois sciences avait surtout pour lui des séductions bien vives. Son laboratoire de Vilvorde lui était plus précieux que tous ses fiefs héréditaires, ses cornues et ses matras lui tenaient plus au cœur que son blason et son épée.

A l'époque dont il s'agit, livrée presque tout entière aux doctrines de l'école fondée par Paracelse, la science admettait déjà, imparfaitement il est vrai, sous les noms génériques de *sel*, de *soufre* et de *mercure*, les trois modes généraux, les trois formes essentielles de la matière : la solidité, la fluidité et la gazéité. Toutefois, elle avait une idée très-vague et très-obscure de ce dernier état; elle croyait sa manifestation bornée à l'existence de l'air, ou plutôt elle ne distinguait point ce composé des divers corps qui en offrent l'apparence. Or, Van Helmont met un terme à cette notion confuse; il définit nettement la nature de l'état *gazeux*, mot nouveau dont il est le créateur : « Cet esprit inconnu jusqu'à présent, dit-il, qui ne peut ni se maintenir au sein des vaisseaux ni se manifester sous une forme visible, je l'appelle du nom de *gaz*. » Il fixe son attention sur la multiplicité des fluides élastiques, ces corps qui, selon lui, renferment tous les principes des solides et des liquides d'où ils émanent, et qui, devenus incandescents, constituent la flamme, regardée si longtemps par les péripatéticiens comme un quatrième état de la matière. Van Helmont fait plus : sans savoir recueillir et étudier isolément les divers gaz, il assigne à plusieurs d'entre eux quelques-uns de leurs principaux et véritables caractères. Aussi

passe-t-il avec justice pour être le précurseur de la chimie pneumatique : au dix-septième siècle, il déblaye le terrain que doit parcourir le génie du dix-huitième ; ses travaux imparfaits et provisoires ont le mérite déjà fort grand d'aboutir aux investigations radicales, aux découvertes définitives des Priestley, des Schéele et des Lavoisier.

En chimie minérale, Van Helmont signale, le premier, l'existence de l'acide carbonique et celle des gaz hydrogène, sulfureux et azoteux. Dans son livre intitulé *De Flatibus*, il attribue au premier de ces corps la propriété d'éteindre la flamme d'une bougie, et c'est à son action délétère sur l'économie animale qu'il rapporte la mort instantanée des mineurs, de même que celle des vignerons qui s'introduisent imprudemment au fond des cuves et des celliers où le raisin fermente (1). Il ajoute que certaines substances renferment ce gaz et s'y résolvent presque en entier, qu'il y est comme fixé ou solidifié, qu'il est toujours identique à lui-même, malgré la nature variable ou opposée de ces substances. Il spécifie les principaux corps où on le rencontre en déterminant les conditions au sein desquelles il s'en dégage : le charbon qui brûle, le raisin ou l'hydromel qui fermente, l'action d'un acide sur les combinaisons calcaires, etc. Il découvre une des plus importantes propriétés physiques du gaz hydrogène : « Les vents, dit-il, qui se forment dans les dernières portions de l'intestin, et qui s'échappent par l'ouverture du rectum, s'allument quand ils traversent la flamme d'une bougie, et brûlent en offrant le spectacle d'une couleur irisée (2). » Il trouve le gaz acide sulfureux impropre à la combustion, et il obtient le gaz azoteux en traitant l'argent par l'acide azotique (3). D'une autre part, en faisant fondre de la silice pilée, à l'aide d'un grand excès d'alcali, laissant ensuite tomber ce produit en *deliquium* sous l'influence d'un air humide, il s'aperçoit que l'acide azotique versé dans la solution pour *saturer* la quantité d'alcali, *quæ alcali sufficit saturando*, car c'est encore Van Helmont qui fixe la valeur de ce dernier mot ; il s'aperçoit, dis-je, que l'acide azotique laisse précipiter la silice au fond du vase. A l'aurore de la chimie, quelle sagacité analytique ! Entre cette expérience et la loi de la substitution des corps, le pont est jeté, il ne faut plus qu'un homme pour en franchir l'étendue.

Van Helmont ne se contentait pas des moyens d'approximation qui suffisaient à la masse des expérimentateurs de son époque, il se servait déjà d'un instrument indispensable à la précision d'un

(1) Ibid., *De flatibus*, p. 261.
(2) Ibid., p. 261.
(3) Ibid., p. 424.

résultat quelconque : il avait recours à la balance en proclamant la nécessité de son usage. Soixante-deux livres de charbon lui en ayant fourni une de cendres, il conclut fort légitimement que la combustion a produit soixante et une livres de gaz. Voulant trouver la solution d'un problème important de physiologie végétale, celui des sources où les plantes puisent leur nourriture, il met dans un vase d'argile deux cents livres de terre séchée au four, et il y plante une tige de saule pesant cinq livres. Le végétal en pesait cent soixante-neuf et trois onces au bout de cinq ans. Or, comme le vase avait été enfoui dans le sol et recouvert de lames de fer étamées qui le garantissaient du contact de la poussière, comme il n'avait été arrosé qu'avec de l'eau de pluie ou de l'eau distillée, comme surtout la terre du vase, de nouveau desséchée à l'expiration des cinq années, n'avait presque rien perdu de son poids, il tire de ce fait la conséquence exacte, pour le temps où l'on ignorait complétement le rôle de l'air dans le phénomène de la végétation, savoir, que l'eau est le seul principe qui sert d'aliment aux plantes.

Van Helmont comptait de nombreux prédécesseurs dans l'étude de la chimie minérale, il venait après Geber, Arnauld de Villeneuve, Raymond Lulle et Paracelse; dans celle de la chimie organique, il n'avait ni maître ni modèle. Savants du dix-neuvième siècle, qui portez les lumières de l'analyse, non plus parmi les terrains si parcourus de l'anatomie des solides, mais dans le champ à peine défriché de l'examen des liquides qui font partie de l'organisme des êtres vivants, poursuivez vos importantes recherches, élargissez le domaine des investigations relatives à l'anatomie des humeurs, sans revendiquer l'initiative de ces précieuses études ! Quelques-uns des résultais auxquels ont abouti vos expériences d'hier, le théosophe brabançon les obtenait déjà il y a plus de deux siècles. Il connaissait, par exemple, l'acidité du suc gastrique, qu'il découvrit en opérant sur l'estomac des oiseaux. Il n'ignorait pas la remarquable propriété de ce liquide animal si bien démontrée par une foule d'habiles vivisecteurs, celle de dissoudre les corps les plus variés et les plus réfractaires à la désagrégation de leurs molécules; car il parle de certains oiseaux dont l'estomac vient à bout de digérer des fragments de verre. Il soupçonnait l'existence d'un élément essentiel que le foie est chargé d'extraire du fluide sanguin, la *biliverdine*, qu'il appelle *bile* pour la distinguer de l'ensemble des autres éléments de la sécrétion biliaire, auquel il donne le nom de *fiel*. C'est à ce principe colorant, si facilement absorbable, qu'il attribue la teinte jaune ou verte qui s'observe quelquefois dans l'urine, les matières fécales et la

transpiration cutanée (1). Enfin, il étudiait déjà avec beaucoup d'attention l'état du sang sorti des vaisseaux, et ses investigations n'étaient point bornées à quelques faits seulement, ainsi qu'on pourrait peut-être le croire; elles roulaient, comme il nous l'apprend lui-même dans son livre *De Febribus*, sur des cas nombreux : Van Helmont avait examiné le fluide sanguin chez plus de deux cents villageois qui s'étaient soumis à des saignées de précaution.

Mais ne croyez pas que tant de matériaux aient à ses yeux la valeur d'une lettre close, qu'ils restent dépourvus de toute espèce d'application à la science qui s'occupe de déchiffrer les énigmes de l'organisation animale : la chimie joue un grand rôle dans le système physiologique construit par Van Helmont, elle en illumine bien des côtés, elle en résout bien des problèmes; toutefois elle n'y sort pas du rang qui lui est assigné par sa nature, elle y règne sous certaines conditions, avec le contre-poids d'un sage tempérament, en vassale, et non pas en despote.

A l'instar d'Hippocrate, de Galien et de Paracelse, Van Helmont admet une force active, spirituelle, intelligente, qui s'unit aux molécules essentiellement inertes de la matière, qui les pénètre, les altère, les vivifie, c'est-à-dire leur imprime le mouvement, l'ordre, la disposition, la figure. Cette force, à laquelle il conserve le nom d'*archée* que lui avait donné Paracelse, il l'associe à ses expériences et à ses théories chimiques, et sur la combinaison de ces deux éléments il fonde un système physiologique nouveau dans la science, ou tout au moins qui n'y avait point avant lui les proportions et les développements qu'il présente.

Cette *archée* active et intelligente, considérée dans ses rapports avec les diverses fonctions de l'économie animale, diffère à beaucoup d'égards et de l'*impetum faciens* d'Hippocrate et de la *forme* ou de l'*énergie* d'Aristote. Elle ne règne point, pour me servir d'une métaphore fréquemment employée par Van Helmont, sur des sujets paisibles, ignorants ou peu jaloux de leurs droits; ce n'est pas un monarque absolu à la parole duquel tout se tait et s'incline, petits et grands, esclaves et praticiens; c'est un roi féodal entouré de ses puissants barons, un seigneur suzerain qui exige le serment et les hommages de ses feudataires, en laissant à ceux-ci plein pouvoir de disposer de toutes choses dans les limites de leurs domaines et de leurs donjons.

En effet, au-dessous de cette archée principale dont Van Helmont, toujours avec son langage pittoresque, nous montre le mouvement et le travail au sein du produit embryonnaire, qu'il nous

(1) *Scholar. humoristarum passiva deceptio*, p. 821.

représente visitant toutes les molécules de la liqueur fécondatrice, plaçant ici le cœur et là le cerveau, comme un industriel qui parcourt tous les coins de sa manufacture, en fixant là telle machine, ici telle autre; au-dessous, dis-je, de cette archée principale, il établit toute une hiérarchie d'archées subalternes, également actives et intelligentes, qu'il appelle *blas*. Ces principes secondaires, parfaitement distincts des forces physiques, accomplissent les fonctions des divers organes, comme autant de ministres dirigeant les affaires de leurs départements dans une monarchie constitutionneile dégagée de tout élément de fiction. C'est ainsi, par exemple, pour continuer ma comparaison, qu'un *blas* occupe le ministère de l'estomac, un autre celui de l'utérus. Libres de leurs actes, ces *blas* ont l'inconvénient de cet avantage, c'est-à-dire la responsabilité. L'archée supérieure, au contraire, est inviolable et sacrée; elle est couverte par ses ministres, elle règne, mais ne gouverne pas.

Les images, toujours poétiques et si souvent ingénieuses, à l'aide desquelles Van Helmont s'efforçait d'expliquer l'ensemble des lois qui président au mystère des phénomènes de la vie animale, sont loin de correspondre constamment à des idées exactes. Séduit par le côté brillant des questions, entraîné par le mirage des métaphores, cet auteur ne sait point s'arrêter à propos dans les limites de son spiritualisme; il abuse de cette théorie comme les anciens matérialistes abusaient de la leur. Pour ceux-ci, tout était force aveugle, mouvement spontané et nécessaire dans les corps; Van Helmont, au contraire, mutile le principe vital en multipliant, chez l'homme et chez les animaux, les êtres intelligents et libres, en voyant dans les causes qui effectuent les fonctions des organes autant de forces isolées et presque indépendantes de la force une et toujours identique qui préside au développement et à l'entretien des phénomènes de l'économie animale. Une seule force vitale est nécessaire pour expliquer chez eux tous les actes variés de leurs éléments divers, parce que ces actes concourent à un but unique, parce qu'il y a coordination de leurs mouvements vers une seule et même fin. Sans doute, la cause qui préside à la formation de la bile dans le foie, par exemple, diffère de la cause qui sollicite dans le rein la sécrétion de l'urine; mais ces propriétés vitales, variables suivant les tissus, modifiées selon les organes, sont identiques au fond, ainsi que le voulait Bordeu, et après lui Bichat; elles dérivent toutes d'un seul agent primordial, le principe mystérieux de la vie, comme dans le mécanisme d'une horloge les mouvements spéciaux accomplis par les divers rouages émanent tous d'un seul et unique mobile, la loi de l'attraction. D'ailleurs, en admettant autant de *blas intelligents* qu'il y a de propriétés vitales inhérentes aux

diverses portions du système organique, Van Helmont cédait à un raisonnement contradictoire, acceptait des principes incompatibles avec le fait de son archée souveraine. L'intelligence, dans une force quelconque, implique l'idée de la liberté. Or, si les archées subalternes, au lieu d'être des esclaves dociles, sont des agents auxquels on accorde tant soit peu d'indépendance, que devient la souveraineté de l'archée principale? une fiction, un vain titre, un pouvoir abstrait et nominal.

Relativement au rôle que joue l'*animisme* en physiologie, Van Helmont tombait donc dans l'excès contraire à celui où Stahl devait tomber plus tard. Celui-ci, à force de considérer le vitalisme comme un principe absolu et indivisible, confondait entre eux des phénomènes de nature tout à fait différente, tandis que le premier nuisait singulièrement à la simplicité de la science en multipliant les agents dynamiques pour ainsi dire à l'infini. Toutefois, le système de Stahl était moins en harmonie avec la vérité, moins conforme à l'esprit du progrès que la doctrine de son prédécesseur. Longtemps avant que le chef de l'école dynamique rapportât, par exemple, la cause de tous les mouvements qui ont lieu chez les animaux à une seule et même force, celle de l'âme agissant tantôt avec une conscience pleine et entière, tantôt procédant d'une façon obscure et latente, Van Helmont posait le germe d'une des grandes lois physiologiques définitivement constituées par le génie de Bichat. Il admettait deux ordres dans ces actes, des mouvements irréfléchis et des mouvements volontaires, et une force spéciale présidant à chacun de ces ordres : *Duplex blas in nobis, unum nempe quod naturali motu, alterum verò voluntarium quod per internum velle, sibi motor existit.* De ce dualisme à celui des *contractilités*, la distance, comme on voit, est tout à fait imperceptible. Une autre de ces grandes lois physiologiques, celle de la *sensibilité organique*, n'échappait point non plus au coup d'œil rapide et perçant de Van Helmont. Il est impossible de méconnaître les linéaments de cette découverte quand cet auteur parle des fonctions du pylore, cet organe qui, selon lui, est doué d'un blas intelligent, *potestas monarchalis ;* qui peut, à son gré, ouvrir ou former sa porte aux aliments, d'où le surnom de *concierge* de l'estomac, qu'il lui donne, et qui, d'une autre part, jouit d'une activité indépendante, qui ne relève que de lui-même, qui n'est nullement subordonné au commandement de la volonté.

MICHÉA.

(La suite à un prochain numéro.)

EXTRAIT

DU

BULLETIN

DE

L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

ANNÉE 1845-1846. — N° 6.

SÉANCE DU 26 AVRIL 1846. — PRÉSIDENCE DE M. VLEMINCKX.

Communication verbale.

M. Vleminckx : Messieurs, depuis cinq ou six mois, une maladie d'une nature particulière a fait irruption dans plusieurs de nos établissements publics, et plus spécialement dans la prison de Saint-Bernard.

Nous avons fait en sorte qu'elle fût étudiée avec un soin tout particulier. Je pense faire chose agréable à l'Académie en lui donnant connaissance de quelques rapports que j'ai reçus. Ces rapports m'ont paru devoir d'autant plus l'intéresser, que la maladie elle-même est extrêmement rare, et qu'il est peut-être parmi nous plus d'un praticien qui ne l'a jamais observée.

Aussitôt qu'elle a éclaté à Saint-Bernard, j'ai reçu diverses communications de la part du médecin chargé du service, M. le docteur Stacquez. Quelque temps après, un médecin de régiment, M. le docteur Tosquinet, a été envoyé sur les lieux pour l'étudier. Je vais tout d'abord vous donner lecture du rapport que ce dernier vient de me faire parvenir.

Saint-Bernard, le 22 avril 1845.

« Monsieur l'Inspecteur général,

« Vous m'avez fait l'honneur de me faire désigner pour aller étudier la maladie qui règne épidémiquement dans la maison de correction de Saint-Bernard. Ayant accompli cette mission, je viens vous en rendre compte.

« Pendant plus de quatre semaines que j'y ai passées, j'ai eu occasion d'observer et de suivre un nombre considérable de malades (environ 170). J'ai étudié scrupuleusement le régime, les habitudes de l'établissement, et le travail que je vous présente est le résultat de cette observation, de ces recherches et des réflexions qu'elles m'ont fait faire.

« *Historique de la maladie.* — Si j'en crois les renseignements qui m'ont été donnés par MM. Stacquez et Demarteau, médecins de la prison, des exemples isolés de cette maladie se seraient présentés il y a bien longtemps déjà. Ils citent entre autres faits qu'ils se rappellent, celui du détenu *Paternotre*, chez qui ils notèrent, en mars 1844, les symptômes caractéristiques : l'*engourdissement*, les *fourmillements*, les *contractures*, et un cas tout semblable du nommé *Renard*, en février 1845.

« Toutefois ce ne fut qu'à dater du mois d'octobre dernier que le nombre s'en accrut si prodigieusement qu'il ne fut plus possible de méconnaître l'existence d'une *épidémie*. Depuis, il y a habituellement en traitement à l'infirmerie de l'établissement de cent à cent soixante détenus, atteints de cette affection.

« Il est certainement bien digne de remarque que pas un employé de la maison (il y en a cinquante-quatre) n'en a été attaqué jusqu'aujourd'hui.

« *Symptômes.* — De l'*engourdissement*, des *fourmillements* ou *picotements*, parfois des *élancements*, se font sentir aux pieds et aux mains. Ces douleurs se bornent rarement à ces parties; elles sont plus souvent ressenties tout le long des jambes, des cuisses, des avant-bras, des bras. Il y a même des cas nombreux où elles se sont propagées aux parois du ventre, de la poitrine, à la face, au cuir chevelu. A ces douleurs a succédé, chez un tout petit nombre de malades, une abolition momentanée de la sensibilité. Le tact et le toucher sont souvent modifiés de manière que le palper, la marche, etc., font naître toutes sortes de sensations plus ou moins bizarres. Un détenu tisserand disait qu'il lui était arrivé plusieurs fois de croire, par la sensation qu'il éprouvait, qu'il avait encore entre les doigts la navette dont il se servait pour

tisser, quoiqu'il l'eût déposée. Un autre pensait marcher sur des cailloux aigus ou sur des clous.

« A ces symptômes il s'ajoute *constamment* un état de contracture des membres, et si les fourmillements s'y sont fait sentir, des muscles des parois du ventre, de la poitrine, de la face... Trois ou quatre malades ont offert, au lieu de contractures, des *contractions convulsives*, des *tressaillements*, et un même nombre un *état tétanique* général.

Dans l'état de contracture, les membres supérieurs sont, dans la presque totalité des cas, comme suit : les doigts sont rigides, faisant un angle d'environ 120 degrés du côté de la paume avec le métacarpe ; les tendons des muscles grand et petit palmaires, fléchisseurs superficiel et profond, cubital, etc., sont fortement dessinés sous la peau et comme détachés du poignet ; tout l'avant-bras semble d'une dureté pierreuse et est à demi fléchi sur le bras ; le membre en entier est dans une position intermédiaire entre la pronation et la supination.

« Les membres inférieurs prennent une position analogue, modifiée légèrement par la prédominance des extenseurs contractés.

« La rigidité et l'angle des doigts et des orteils démontrent que fléchisseurs et extenseurs se contractent à la fois.

« Si l'on étend avec force les membres contractés, on détermine rarement de la douleur. Plusieurs le demandent. J'en ai cependant vu un à qui on ne pouvait le faire sans provoquer la plus vive douleur.

Cet état de contracture n'a rien de fixe dans sa durée. Il persiste des jours, des semaines, des mois. Parfois il se fait un relâchement soit le matin, soit le soir, pendant quelques jours. Parfois il se manifeste par attaques violentes. La paralysie en a été la suite dans quelques cas.

« Les symptômes mentionnés jusqu'ici sont ceux qui m'ont paru appartenir en propre à notre épidémie. Ils n'ont jamais manqué, et ne sont, à tout prendre, que différents degrés d'une lésion isolée ou simultanée de la sensibilité et de la motilité.

« Il est rare qu'ils entraînent la mort d'emblée. On en a eu cependant quelques exemples, alors sans doute que les contractions empêchaient la poitrine de se dilater, occasionnant ainsi forcément l'asphyxie, ou peut-être quand le cœur lui-même se contracturait. Plus communément, si la mort devient le terme de la maladie, c'est qu'il survient une fièvre qui mine insensiblement le malade, ou qu'il surgit quelque altération organique appréciable. Remarquez que je viens de dire qu'il survient de la fièvre : c'est que, de prime abord, on ne l'observe que de loin. Le pouls

et la peau se maintiennent, au contraire, la plupart du temps, à l'état normal. Je me souviens même d'avoir vu des malades dont la peau était froide et dont le pouls ne battait que de quarante à cinquante fois.

A côté de ces symptômes caractéristiques, il vient s'en ranger d'autres qui, bien que n'étant pas aussi constants, me semblent avoir encore un haut degré d'importance.

« Tels sont l'*œdème général* ou *partiel* et l'*ascite*. Quoique je me sois assuré qu'un certain nombre de détenus, n'ayant jamais éprouvé ni engourdissements, ni contractures, en soient porteurs, je suis néanmoins convaincu qu'ils ne sont pas étrangers à la maladie régnante.

« Telle est la *rachialgie* dont se sont plaints de nombreux malades.

« Tels sont enfin deux cas de *gangrène* partielle, l'une du scrotum, et l'autre de toute la peau de la jambe et du pied droits, *la cyanose des extrémités*, et *un sentiment de profonde faiblesse éprouvé par la généralité*. Une infinité d'autres symptômes ont encore été observés; mais leur irrégularité, leur pen de constance, leur variabilité et leur rareté me font douter de leur *liaison nécessaire* avec l'affection qui nous occupe. Ainsi on a noté de la céphalalgie, du dérangement dans les fonctions digestives : inappétence, vomissements, coliques, constipation, dévoiement séreux, dévoiement sanguinolent. Mais ces troubles des fonctions digestives sont de rares exceptions, et je suis bien plus étonné de leur *fréquente absence* que de leur présence exceptionnelle. En effet, on sait qu'on les retrouve dans la plupart des maladies graves.

« *Causes.* — Quelles peuvent être les causes de cette affection extraordinaire? celles invoquées jusqu'ici sont-elles bien réelles? Examinons-les : 1° la cause la plus généralement indiquée était *l'insuffisance de l'alimentation*. C'est l'inanition, disait-on, qui engendre la maladie, ou plutôt la maladie n'est autre que l'inanition elle-même. La commission des prisons, la direction et les détenus partageaient cette manière de voir. On annonçait comme chose certaine la disparition instantanée de l'épidémie si on augmentait la quantité de vivres. Oubliant que la maladie existait déjà avec une grande intensité avant le 3 novembre dernier, époque à laquelle le régime alimentaire de l'établissement avait subi une légère diminution, on ne manquait pas de dire : Vous voyez, on a réduit les aliments, et aussitôt la maladie s'est montrée; interrogez les malades, et vous entendrez qu'ils se sentent excessivement faibles, exténués. Afin de savoir ce qu'il y avait de vrai dans cette opinion, et pour faire cesser des clameurs impor-

tunes, peut-être même pour détruire une frayeur qu'on avait laissé se répandre avec un peu trop de complaisance, on augmenta considérablement, le 2 avril, la quantité des vivres; ce qui n'eut pas, comme vous le savez, la moindre influence sur le mal, le nombre d'hommes nouvellement atteints étant démeuré proportionnément le même qu'auparavant.

« La maladie, au surplus, ne règne ni dans la prison de Vilvorde, ni dans celle d'Alost, et pourtant la quantité et l'espèce d'aliments qu'on y donne aux détenus sont exactement les mêmes qu'à Saint-Bernard.

« 2° Le *pain de seigle* a été accusé d'avoir produit l'épidémie. Le seigle a pu être de mauvaise qualité, *ergoté, rouillé, charbonné,* et comme notre maladie offre certains traits de *l'ergotisme,* cette supposition ne paraissait pas entièrement dénuée de fondement. Elle doit pourtant tomber devant ce fait, que beaucoup de détenus n'ont jamais mangé dans la maison que du pain de froment, et qu'ils n'ont pas fourni proportionnément un moindre nombre de malades que les mangeurs de pain de seigle. D'ailleurs, il est difficile d'admettre que le seigle a pu être de mauvaise qualité, alors qu'il a été déclaré bon, *après examen,* par le directeur, les médecins, le garde-magasin, le boulanger, et qu'on en a fait du pain trouvé agréable par tous ceux qui en ont fait usage. Il faudrait encore que toutes les livraisons, ou au moins la majeure partie, eussent été faites de mauvais seigle.

3° Ce n'est pas le seigle lui-même, ergoté ou non, a-t-on dit, qui a donné la maladie, ce sont les graines du *raphanistrum arvense* et du *lolium temulentum* qui s'y trouvent mêlées et entrent ainsi dans la composition du pain : les graines, vous les trouverez aussi bien dans le froment que dans le seigle ; votre épidémie est identique à celle de *raphania* décrite par Linnée. — J'ai cherché en vain lesdites graines dans les approvisionnements de la maison. Je ne suis parvenu qu'à en trouver quelques-unes de l'*agrostemma ghitago* (nielle des blés). Merat (*Flore de Paris*) dit, il est vrai, que les graines de cette plante sont réputées malfaisantes ; mais pour cela il est probable qu'elles devraient être en plus grande abondance, et, en ce cas, on ne serait pas en droit d'imposer à notre maladie le nom ancien de *raphania,* mais bien un nouveau, tel que celui de *ghitagia.*

« 4° L'avoine a eu aussi ses détracteurs. Le gruau d'avoine entre pour une part assez faible dans le potage de l'après-midi, et pas encore tous les jours. Mais quand on se rappelle qu'une foule de paysans ardennais, allemands, bretons, écossais, en font un usage copieux et de tous les jours, et qu'on n'a jamais signalé

de maladie en provenant, on doit rejeter bien loin la pensée que l'usage de l'avoine aurait amené notre épidémie.

« 5° *L'orge, l'eau de l'établissement,* qu'on a également accusées, seront facilement absoutes, car de temps immémorial on fait usage de bonne orge sans qu'on ait remarqué qu'elle ait nui, et on ne peut mettre en doute la bonne qualité de celle que l'on fournit ici. On se sert, depuis vingt-cinq ans que l'établissement a été converti en prison, de la même eau, et la maladie est de date assez récente.

« 6° *Le gaz des briqueteries* a encore été soupçonné d'être la cause de notre mal. Au nord de la prison, il se trouve un nombre considérable de briqueteries en exploitation, qui, lors des cuissons, fournissent du gaz sulfureux en masse. Ce gaz répand une odeur désagréable dans l'atmosphère des environs. Si le vent vient du Nord, le gaz doit passer sur la maison. On a voulu voir là l'origine de l'épidémie; mais cette opinion est insoutenable: dans ce pays, il existe des milliers de briqueteries où d'innombrables ouvriers passent leur vie, respirant le gaz en question, et notre maladie est inconnue parmi eux. Il suffit d'ailleurs de voir l'air de bonne santé des briquetiers pour être rassuré sur les propriétés délétères dudit gaz.

« Ce n'est donc pas dans toutes ces prétendues causes qu'il faut chercher la source de notre épidémie. Elle est bien certainement ailleurs. J'ai fait bien des perquisitions pour la découvrir, mais inutilement. Il en sera probablement de l'épidémie de Saint-Bernard comme de la plupart des autres; les causes en demeureront inconnues. On pourra penser que l'humidité des dernières années a contribué à la faire éclater; mais ce ne sera jamais qu'une conjecture.

« Ce qui me paraît moins conjectural, c'est que la cause ou les causes, quelles qu'elles soient, doivent être assez peu intenses, et qu'il n'est pas impossible de s'en mettre à l'abri.

« Je me fonde, pour mon assertion, sur l'immunité dont ont joui jusqu'aujourd'hui les employés de la prison et la presque totalité des détenus occupés d'ouvrages qui se font hors du bâtiment central. Le régime alimentaire du plus grand nombre des employés ne vaut pas mieux que celui des détenus; il est même au-dessous pour quelques-uns. Les détenus occupés hors du bâtiment sont nourris de la même façon que les autres. Cependant, si on compare les employés et les détenus sortants (c'est-à-dire occupés hors du bâtiment) avec les détenus non sortants, on est frappé de la différence sanitaire qu'ils présentent. Tandis que les

premiers offrent l'apparence d'une santé florissante, les seconds, au contraire, sont blafards, bouffis, *infiltrés*, scrofuleux.

« Or, si on se demande d'où peut provenir cette diversité d'aspect, on ne trouve d'autre réponse que celle-ci : les uns sortent, c'est-à-dire prennent de l'exercice au *grand air* et au *soleil*, et les autres ne le font pas, c'est-à-dire vivent ou dans les ateliers, ou dans les salles communes, ou dans les préaux intérieurs resserrés, humides, et que je comparerais volontiers, à cause de la hauteur des bâtiments qui les enceignent, à de vastes puits mis à sec.

« N'y a-t-il pas dans ces circonstances de quoi expliquer ce qui se remarque ? Les derniers doivent s'étioler, acquérir des constitutions molles, devenir la proie de la scrofule. Qu'il surgisse ensuite une *cause* quelconque de maladie, *même peu intense*, elle s'emparera tout d'abord de ces organisations détériorées, qui n'opposeront aucune résistance. Les autres, au contraire, d'une constitution vigoureuse, s'en affranchiront, en rendant impuissante la même cause qui décime les premiers.

« C'est ce qui me semble être arrivé à Saint-Bernard. Je vous prie de ne pas perdre de vue ces considérations, que je mettrai à profit quand j'indiquerai les moyens prophylactiques de notre épidémie.

« *Nature.* — Bien que je ne puisse me prononcer affirmativement sur la nature de cette affection, je présume qu'elle consiste en une *méningite spinale.* Ce sont quelques autopsies que j'ai vu faire qui m'ont suggéré cette opinion. Sur dix morts que j'ai fait ouvrir, je pense avoir constaté des signes *irrécusables* d'inflammation de l'arachnoïde et de la pie-mère spinales chez trois ; et chez un quatrième qui a succombé à une phthisie pulmonaire, mais qui dans le cours de la maladie a présenté les symptômes de l'épidémie, j'ai trouvé de nombreuses plaques tuberculeuses très-minces, incrustées dans l'arachnoïde de la moelle. Ceci me semble très-significatif. En effet, il est d'observation que chez les phthisiques il se forme des dépôts tuberculeux dans les endroits qui s'enflamment. C'est, par exemple, ce qui arrive dans les péritonites qui surviennent si souvent chez eux, et autour des ulcères qu'ils portent dans les intestins. J'en infère que le phthisique en question avait, au moment où il présentait les symptômes de l'épidémie, l'enveloppe de la moelle dans un état inflammatoire, et que c'est alors que les plaques tuberculeuses, trouvées dans son cadavre, s'y sont déposées. C'est une remarque que je crois digne d'être sérieusement méditée.

En admettant la *méningite spinale*, on se rend parfaitement compte des phénomènes de la maladie. Si de prime abord les

lésions, assez rares du reste, de sensibilité et de motilité de la face semblent lui échapper, et cela parce qu'elles sont sous la dépendance de nerfs qui ne partent pas directement de la moelle épinière, qu'on veuille bien réfléchir un instant que cette inflammation des méninges spinales doit s'étendre quelquefois jusqu'à celles de la protubérance cérébrale, même du cerveau, et alors tout s'expliquera.

« Cette altération de l'arachnoïde et de la pie-mère de la moelle est la seule lésion anatomique bien dessinée que j'aie observée avec quelque fixité.

« Aussi me suis-je abstenu de décrire dans un paragraphe séparé le résultat des ouvertures cadavériques que j'ai vu faire.

« *Traitement.* — On a essayé de toute espèce de médications, et sans être trop sceptique, on pourrait mettre en doute l'efficacité d'aucune. Si on doit faire une exception, c'est en faveur des purgatifs, qui m'ont paru, dans quelques cas, avoir amendé les symptômes. Mais était-ce autre chose qu'une coïncidence? M. Stacquez, qui voit la maladie depuis beaucoup plus longtemps que moi, affirme qu'il a à s'en louer, et en particulier du *sulfate de magnésie.*

« Je serais entraîné trop loin si j'indiquais les circonstances qui ont dicté l'emploi de tel ou tel moyen, et, pour beaucoup, je serais même dans l'impossibilité de le faire, ne les ayant pas vu prescrire. J'en ferai donc seulement l'énumération.

« La saignée générale, les sangsues, les scarifications, les vésicatoires le long de la colonne vertébrale, les frictions ammoniacales, térébenthinées, opiacées, etc., sur ce dernier endroit et sur les membres; les bains généraux chauds et froids, les pédiluves, les manuluves, les synapismes, les cataplasmes, etc.; à l'intérieur, les boissons acides, émollientes, l'acétate d'ammoniaque, l'opium, le camphre, l'émétique, la teinture de colchique, la noix vomique, la strychnine, l'assa fœtida, la valériane, le quinquina, le sulfate de quinine, les éthers, les préparations martiales, les décoctions amères, sudorifiques, etc., ont été tour à tour mis en usage sans avantage marqué ou soutenu.

« Il est inutile de dire que le régime a été approprié aux indications générales. Doit-on être étonné d'un tel résultat? certes non. Si ce que j'ai dit en parlant des causes est vrai, il ne pouvait guère en être autrement.

« *Prophylaxie.* — En parlant des causes, j'ai dit pourquoi les gardiens et les détenus occupés au dehors ne contractent pas la maladie. C'est, je le répète, parce que les *causes* de notre épidémie ne sont pas tellement *puissantes* qu'elles frappent indis-

tinctement tous les habitants de la maison de correction. Elles s'attaquent aux *faibles,* ne pouvant entamer les *forts.* Or, puisque, d'une part, elles sont inconnues, que, par conséquent, on ne peut espérer de les éloigner sciemment, et que, d'autre part, les besoins sociaux défendent de mettre les détenus à même de les *fuir*, c'est de tâcher de rendre les *faibles* assez *forts* pour lutter contre elles avec avantage. Les *faibles* sont des gens étiolés, abîmés par le manque d'air, de soleil, d'exercice. Fournissez-leur donc à pleines mains ces agents indispensables de la santé, et vous les verrez bientôt *forts.* Je juge inutile de changer quelque chose à leur mode d'alimentation. Tel qu'il est, il me paraît suffire largement à toutes les exigences. Saint-Bernard semble fait tout exprès pour se prêter à notre projet. Il règne tout autour de la maison une immense plaine entourée de hautes murailles. Rien de plus simple et de plus facile que de la leur livrer en tout ou en partie, pendant un plus ou moins grand nombre d'heures de la journée, et d'exercer sur eux une surveillance qui préviendra les évasions. En augmentant de quelques hommes le nombre des factionnaires en dehors et en dedans de l'enceinte, on parera à tous les inconvénients de la sortie du bâtiment central. Selon moi, c'est le seul moyen efficace à opposer à la propagation de notre maladie, qui soit exécutable et conciliable avec les intérêts de la société, et si on le néglige, il est de toute probabilité qu'elle continuera à marcher et à faire des victimes. Il pourrait peut-être arriver que, la saison aidant, le mal fît une trève ; mais il reparaîtra, j'en ai la conviction, et qui sait si ce ne sera pas avec un redoublement d'intensité ?

« Je conseillerais, en outre, une mesure préalable, dans le but de faire cesser ou au moins de diminuer l'encombrement qui existe dans les salles communes et surtout dans les dortoirs. Ce serait d'accorder grâce à un assez grand nombre de détenus que l'on prendrait de préférence parmi ceux dont la constitution est le plus en souffrance et ceux dont le terme de la peine serait le plus rapproché. Par cette mesure, on enlèverait à la maladie une partie de sa pâture, et on mettrait les restants dans de meilleures conditions hygiéniques. Dans ce moment, il est pénible de voir de quelle façon les hommes sont entassés dans les dortoirs : ils y sont littéralement *côte à côte.* Quel dommage n'en doit-il pas résulter et pour leur santé et pour leur moralité !

« *Maladies avec lesquelles notre épidémie offre de la ressemblance.* — J'ai passé en revue la plupart des épidémies qui ont été décrites, et je trouve que la nôtre a de nombreux traits de l'*acrodynie* et de l'*ergot convulsif* ou *spasmodique.*

« La cause de l'ergot étant connue et n'existant pas à Saint-

Bernard, ce que m'ont appris les investigations les plus opiniâtres et les plus directes, nous devons écarter la supposition que notre épidémie serait l'*ergot spasmodique*. Les symptômes eux-mêmes ne sont pas ceux de ce dernier.

« Il n'en est pas de même de l'*acrodynie*. Plus je l'étudie, plus je la compare avec ce qui se passe ici, et plus je me confirme dans l'opinion qu'elle est *identique* avec notre affection. A part peut-être les *troubles des voies digestives*, qui sont moins communs dans notre épidémie que dans celle de Paris, l'*insomnie*, que nous avons rarement notée, et la rougeur limitée des paumes et des plantes, ce sont absolument les mêmes symptômes, la même obscurité dans les causes et le même insuccès dans les moyens à lui opposer. D'où je conclus que la dénomination à donner à notre maladie est celle d'*acrodynie* de Saint-Bernard.

« Ce petit travail est sans doute bien imparfait. Ce n'est guère qu'une ébauche. Cependant, tel qu'il est, il peut déjà, si je ne m'abuse, donner une idée assez juste de ce qui se passe.

« C'est à M. Stacquez et à mon successeur, M. le médecin de régiment Lutens, qu'incombe la tâche de le compléter et de le rectifier dans ce qu'il peut avoir d'inexact. »

A côté de ce rapport je dois placer ceux qui m'ont été transmis par MM. Camberlin et Mareska, pour les prisons de Namur et de Gand. Voici ce que m'écrit M. Camberlin.

Namur, le 6 avril 1845.

« Monsieur l'Inspecteur général,

« Nous aussi nous avons notre petite épidémie. Depuis quatre mois environ, un grand nombre de détenues ont été saisies de crampes aux mains, aux pieds, et, chez quelques-unes, elles devinrent générales et furent portées jusqu'à la menace de suffocation. Elles occasionnent des douleurs atroces et jettent l'effroi dans l'esprit de quelques femmes.

« L'appétit reste bon, le sommeil parfait lorsque ces convulsions toniques n'éclatent pas pendant la nuit; enfin, toutes les fonctions s'exécutent régulièrement, moins la locomotion pendant les accès.

« Je n'ai pu découvrir encore les causes qui ont pu provoquer cette singulière affection qui semblait vouloir se généraliser il y a quelque temps. Pourtant je suis porté à croire que le régime n'y est pas étranger, car l'hygiène de la maison étant restée la même d'ailleurs, la maladie apparut peu de temps après l'introduction

des modifications alimentaires nécessitées par le manque de pommes de terre. Le seigle livré à la consommation ne contient pas ou que très-peu d'ergot.

« A l'époque où je rédigeai mon dernier rapport, aucun symptôme indiquant une lésion des centres encéphalo-rachidiens ne s'était manifesté; mais, depuis, quelques signes d'affection de ces centres nerveux ont apparu, et il me semble que l'on doit actuellement rapporter les phénomènes apparents de cette affection à l'altération de la moelle vertébrale et de l'arachnoïde.

« Deux ouvertures de cadavres, faites récemment, ont démontré l'existence de ces lésions organiques. »

M. Mareska m'a adressé les deux lettres suivantes.

Gand, le 1er mars 1846.

« Monsieur l'Inspecteur général,

« Depuis peu, il s'est manifesté dans la prison de Gand une épidémie de *contractions permanentes des muscles des extrémités.* Les muscles fléchisseurs des avant-bras et des jambes éprouvent des mouvements de contraction qui durent depuis quelques minutes jusqu'à plusieurs heures. Chez quelques malades, ce sont les muscles de la poitrine; chez d'autres, ce sont ceux du ventre qui sont le siége principal du mal; chez tous néanmoins, les extrémités sont atteintes.

« Les malades commencent par ressentir des picotements et un engourdissement dans les membres. La plupart en éprouvent, en outre, dans la tête et dans la nuque. Ces picotements persistent souvent même lorsque les crampes sont dissipées.

« Les attaques les plus fortes surviennent ordinairement la nuit, vers le matin, et diminuent insensiblement dans la matinée, pour disparaître souvent complétement pendant le reste de la journée.

« Les moyens que j'emploie sont les bains demi-froids, les ligatures, l'arnica, le camphre, l'opium, le vin; le camphre et l'opium m'ont le mieux réussi.

« Chez deux individus, la maladie était évidemment périodique et a été combattue avec avantage par le sulfate de quinine.

« Elle attaque indifféremment toutes les catégories de prisonniers, les vieux comme les jeunes, les forts comme les faibles.

« Elle a commencé dans la maison de force, et s'est étendue, depuis trois ou quatre jours, dans la maison d'arrêt.

« La cause m'est inconnue. La modification apportée à la nourriture constitue le seul changement qu'ait éprouvé le régime des prisonniers.

« Jusqu'à ce moment, j'ai observé une vingtaine de cas. La maladie est sujette à récidiver.

« Cette épidémie, par sa nature, ne présente aucune gravité. Cependant, monsieur l'Inspecteur général, j'ai cru devoir vous en donner connaissance à cause de sa rareté. Tout le monde a observé des contractions permanentes de certains muscles; mais je ne pense pas qu'il existe dans l'histoire de la science un exemple de pareilles contractions sévissant d'une manière épidémique. »

Gand, le 11 avril 1846.

« Monsieur l'Inspecteur général,

« Dans une lettre qui a précédé votre dernière du 7 de ce mois, vous me demandiez de vérifier si la maladie que j'avais désignée sous le nom de *contractions musculaires* n'était pas une fièvre intermittente larvée.

« Pour satisfaire à ce désir, il m'a fallu nécessairement quelques jours d'observation et d'essais, et tel est le motif du retard que j'ai mis à répondre à cette lettre.

« Je ne puis pas considérer la maladie qui nous occupe comme une fièvre intermittente larvée. Chez plusieurs malades, j'ai vu les accès se dissiper par le mouvement. Chaque fois qu'ils se couchaient, les crampes survenaient, et elles disparaissaient dès qu'ils se levaient. Chez d'autres, le contraire avait lieu. Libres et en apparence bien portants tant qu'ils étaient couchés, ils étaient saisis de contractures toutes les fois qu'ils essayaient de se soulever. Un autre motif m'engage à ne pas partager l'opinion de ceux qui croient à l'existence d'une fièvre intermittente anormale: c'est que l'on ne verrait pas la maladie céder si facilement à d'autres médicaments que le quinquina, et même au séjour seul dans l'hôpital.

« J'ai examiné l'orge et le seigle employés dans la maison. Ils m'ont paru de bonne qualité. Le dernier n'était point germé. Du reste, il l'aurait été, que je n'aurais rien osé en conclure; et voici pour quel motif: les infirmiers de l'hôpital mangent le même pain que les malades, c'est-à-dire *du pain de froment non bluté*, et déjà trois d'entre eux ont été atteints. Un quatrième vient d'être pris aujourd'hui simultanément des deux maladies régnant dans la prison, savoir, de contractions musculaires et de diarrhée dyssentérique. J'ai déjà eu occasion de vous dire, monsieur l'Inspecteur, que des malades qui séjournaient dans l'hôpital, et qui par conséquent n'avaient pas mangé de seigle depuis fort longtemps, n'ont pas été épargnés.

« Je n'ai aucune raison pour disculper l'orge et surtout l'avoine. Tous les hommes atteints mangeaient la soupe qui est faite avec ces deux aliments. Je demanderai à la Commission de supprimer pour quelque temps l'usage de l'avoine. L'état de la maladie, après la suppression, nous donnera des renseignements certains concernant cette substance. Si le mal n'est pas arrêté, je demanderai de remplacer l'orge par le riz.

« Je suis donc rassuré quant au pain. Je ne puis accuser le seigle, puisque les malades et les infirmiers atteints de la maladie n'en ont pas mangé; et je ne puis accuser le froment, puisque les détenus des quartiers n'en usent pas, et que les gardiens, qui mangent le même pain de froment que les malades et les infirmiers, n'ont rien éprouvé.

« La maladie n'est pas éteinte à Gand. Cependant les cas ne sont plus aussi fréquents, et, ce qui est singulier, c'est qu'il m'a paru qu'elle présente des intervalles de rémission et de récrudescence. Ainsi, depuis trois jours il n'y avait eu aucun exemple nouveau; aujourd'hui, 11 avril, il y en a *sept*, dont la plupart présentent quelques circonstances particulières.

« Dans l'un des cas, il n'y a ni crampes ni contracture; mais le malade éprouve des picotements dans tout le corps, de la tête aux pieds.

« Dans un autre, le fourmillement n'existe que *d'un côté du corps* (côté droit), et il n'y a point de crampes, si ce n'est dans la langue; la parole est excessivement embarrassée, le malade éprouve la plus grande peine pour énoncer ses idées. Il se trouve mieux quand il est levé.

« Le troisième est un cas de récidive. De retour dans le quartier depuis quinze jours, le malade y a été saisi de nouveau de contractions aux extrémités. Il présente comme phénomène particulier une *coloration bleue livide dans les parties des membres convulsionnés.*

« Le quatrième et le cinquième cas me présentent les premiers exemples de complication de crampes et de dyssenterie, c'est-à-dire des deux affections qui règnent en ce moment simultanément dans la prison. La dyssenterie a précédé.

« Les deux derniers exemples sont des cas simples de contracture musculaire des membres.

« Si vous le désirez, monsieur l'Inspecteur, je vous tiendrai au courant de tout ce que je remarquerai. Je pense que vous partagez aujourd'hui mon opinion sur l'absence des caractères propres aux maladies vraiment épidémiques. Voici, du reste, un nouveau fait qui prouve la vérité de cette manière de voir. Toute maladie épidé-

mique perd de sa gravité à mesure qu'elle s'écarte de son origine. Aujourd'hui, la plupart des cas de contractions sont, au contraire, beaucoup moins simples qu'au commencement. J'ai fait administrer, il y a peu de jours, un détenu atteint de crampes à la poitrine. La suffocation paraissait imminente. Un autre malade a été à peu près aussi mal dans le même temps. Deux heures plus tard, ils se promenaient dans la salle pleins de santé. C'est à ne pas y croire ! »

Voici enfin la communication de M. Stacquez.

« Monsieur l'Inspecteur général,

« En vous adressant mes rapports du premier trimestre de cette année, je crois devoir entrer dans quelques détails sur la maladie qui règne ici depuis plus d'un an, et qui vient de faire tant de victimes. Plusieurs des symptômes qu'elle présente offrent beaucoup de ressemblance avec ceux de l'épidémie qui a sévi à Paris en 1828 et 1829, et qu'on a nommée *acrodynie*, *rachialgie*. J'ai lu avec attention les divers écrits qui en ont donné la relation, et il m'a paru évident que nous n'avons pas ici affaire à l'*acrodynie*. Ce n'est pas plus l'*acrodynie* que ce n'est l'*épilepsie*, l'*encéphalite*, la *méningite*, le *tétanos*, le *trismus*, le *bégaiement*, le *hoquet*, la *chorée*, la *sciatique*, l'*erysipèle de la face*, etc. Elle revêt parfois, et même successivement chez le même individu, les symptômes propres à ces diverses maladies, et c'est une raison pour croire qu'ils ne lui sont pas essentiels, et qu'elle doit être considérée comme constituant une maladie distincte. Un praticien du plus grand mérite a cru reconnaître le *raphania :* elle offre, en effet, de nombreux traits de ressemblance avec cette maladie; et cependant j'hésiterais encore à partager cette manière de voir, si même la cause connue et spéciale du *raphania* pouvait être admise ici.

« Pour parvenir à la découverte des causes et de la nature d'une maladie qui sévit épidémiquement dans une localité, il importe non-seulement de bien connaître comment elle a débuté, mais aussi quels sont les autres états morbides qui l'y ont précédée.

« Depuis que je suis à Saint-Bernard, j'ai vu se dérouler devant moi un grand et bien remarquable tableau; j'oserai même ajouter que moi seul ai pu en considérer l'ensemble, car tous ceux qui ne sont venus dans mon hôpital qu'à de longs intervalles, et pour quelques instants, n'ont pu en apercevoir que de petites parties.

« Lorsque j'ai repris le service de cet établissement, il y régnait, me disait-on, un érysipèle de la face qui présentait beaucoup de gravité. L'érysipèle existait, c'était incontestable; mais loin de constituer la maladie, il n'en était qu'un des symptômes, à la vérité, très-remarquable. C'était à une affection typhoïde que nous avions affaire; elle se montrait dans toute sa beauté, ou plutôt dans toute sa laideur. On fut bien étonné lorsque je déclarai que cet érysipèle n'était qu'un symptôme du typhus. Je ne prétendis pas être cru sur parole; je donnai, dans les divers rapports que j'ai eu l'honneur de vous adresser, une relation détaillée de ce que j'observais, et ma manière de voir ne fut pas attaquée: bien au contraire, je reçus de la part de médecins distingués et compétents l'assurance qu'ils la partageaient. J'eus même la satisfaction de vous voir, dans une discussion qui eut lieu à l'Académie, citer mes observations, pour prouver que l'affection typhoïde pouvait se présenter sous les formes les plus extraordinaires. Les cas que nous avons rencontrés pendant le courant du deuxième semestre 1843 furent assez nombreux; beaucoup se distinguèrent non-seulement par leur gravité, mais surtout par leur marche insidieuse. Les centres nerveux avaient déjà alors subi une modification toute particulière, l'ataxie était un caractère des plus évidents. Ce qui est remarquable, c'est que plusieurs cas parurent assez légers pour ne pas nécessiter un traitement à l'hôpital: l'érysipèle fixait seul l'attention; et cependant l'économie avait été profondément impressionnée, comme nous pouvions le constater bientôt après. J'ai cité, à ce sujet, l'observation du détenu Parent.

« L'étude des fièvres continues est certainement ce que la médecine offre de plus compliqué, de plus difficile. Pour qu'un médecin puisse avoir une idée juste des formes diverses qui se succèdent dans une localité, il est indispensable qu'il y séjourne assez longtemps; il est indispensable encore qu'il embrasse l'ensemble des faits qui s'offrent à son observation, s'il veut pouvoir saisir les rapports qui les lient et les coordonnent. Alors il pourra se convaincre qu'il ne rencontre qu'une seule et même affection, modifiée seulement dans sa forme par un concours de circonstances qu'il pourra quelquefois facilement apprécier. Je dois ici déclarer que je ne comprends pas parmi les fièvres continues quelques affections produites par un principe contagieux, qui ont une marche, une durée, des symptômes particuliers et bien déterminés; ainsi, la variole, la rougeole, la scarlatine, le choléra-morbus, la fièvre jaune, etc., doivent former, en pathologie, des classes distinctes de celles des fièvres continues. Je me borne ici à ce simple exposé:

je réserve de plus amples développements pour un travail plus complet.

« Pendant l'année 1844, les fièvres continues furent moins intenses, moins nombreuses; mais il est à remarquer qu'on vit régner alors un nombre considérable de fièvres intermittentes, et on sait qu'il existe un antagonisme *de temps* incontestable entre ces deux espèces qui sont d'une nature bien différente. Quoi qu'il en soit, les fièvres continues ne disparurent pas entièrement, les érysipèles de la face furent même encore assez fréquents, et le caractère ataxique resta toujours le plus prédominant.

« A peine vîmes-nous cesser les fièvres intermittentes, que les continues devinrent plus nombreuses, plus intenses, et tout en conservant de nombreux traits de ressemblance avec celles qui avaient sévi précédemment, elles présentèrent des caractères tout particuliers qui nous permirent de les nommer nerveuses ou ataxiques. L'érysipèle de la face se montra encore fréquemment, et nous vîmes plusieurs fois apparaître tout le cortége des symptômes de diverses affections spéciales et bien connues. Ainsi, la maladie débuta par plusieurs accès épileptiformes, ou des symptômes de congestion cérébrale, au point qu'il nous arriva de ne pas reconnaître, dans les premiers moments, que nous avions affaire à notre fièvre ataxique. Notre incertitude ne pouvait pas, il est vrai, durer longtemps, car les caractères pathognomoniques ne tardaient pas à se bien prononcer.

« Les symptômes qui attirèrent le plus notre attention furent des contractures et des paralysies. Mais ce qui est remarquable, c'est qu'elles se présentèrent avec des caractères rémittents, et que, plusieurs fois, nous avons vu des membres paralysés et contracturés tout à la fois. Je crois que j'ai eu l'honneur de vous en montrer un cas.

« C'est le 27 février de l'année dernière que s'est offert à nous le premier cas bien constaté de fièvre continue typhoïde avec des contractures. C'était chez un détenu nommé Renard, qui entra à l'hôpital avec de véritables accès d'épilepsie qui se renouvelèrent plus de trente fois dans les deux premiers jours. Ces accès cessèrent, et nous vîmes leur succéder des symptômes manifestes de congestion cérébrale, avec déviation de la langue. Bientôt apparut tout le cortége d'une affectiou typhoïde des plus intenses et des plus manifestes, et nous vîmes les muscles des membres supérieurs se contracturer à un degré étonnant.

« C'est alors que commença cette épidémie de fièvres typhoïdes que vous avez bien constatée, qui fut assez meurtrière, et qui était surtout remarquable par son caractère insidieux. Les

contractures n'existaient pas dans tous les cas, elles étaient même assez rarement observées, et le plus souvent peu prononcées; les accès épileptiformes étaient plus fréquents, et ils se déclaraient au début de la maladie. L'altération du sang était toujours manifeste, et je rapporterai des observations qui démontreront qu'elle existait déjà avant l'entrée du malade à l'hôpital, alors même qu'il se plaignait à peine.

« Ce fut un peu plus tard, vers la fin d'avril, que le premier cas de paralysie fut constaté. C'était chez un individu qui se trouvait à l'hôpital depuis environ six semaines, et qui ne s'était plaint que d'un malaise général et d'une extrême lassitude. Nous remarquâmes enfin que la bouche restait constamment ouverte et que le malade se trouvait dans l'impossibilité de la fermer. Il y avait paralysie des muscles élévateurs de la mâchoire inférieure, douleur à la région précordiale et dans plusieurs articulations, dyspnée, stupeur, langue sèche et bientôt fuligineuse. Le délire survint, les bronches s'engouèrent, et la mort ne tarda pas à arriver. Le pouls fut toujours très-irrégulier et large, si ce n'est les deux derniers jours qu'il faiblit. La peau fut quelquefois brûlante, par moments elle était froide. Le dernier jour, les muscles ptérygoïdiens opérèrent des mouvements continuels de déduction. L'autopsie ne nous fit rien constater qu'un sang extrêmement défibriné.

« Nous observâmes bientôt après un cas analogue au précédent, à la seule différence près, qu'au lieu de paralysie, il y avait contracture des muscles élévateurs de la mâchoire inférieure; c'était un véritable trismus. L'autopsie ne fit aussi découvrir rien de remarquable.

« Jusqu'au mois de novembre, ces fièvres conservèrent les mêmes caractères. Beaucoup de détenus en furent atteints, et la mortalité fut encore assez considérable. Plusieurs de ces malades présentèrent un érysipèle de la face; un plus grand nombre, des contractures légères des muscles des avant-bras; quelques-uns, seulement des paralysies. Il est important de noter que jamais les muscles contracturés ne furent douloureux, et que les malades ne se plaignirent jamais de fourmillement, d'engourdissement, ou autre sensation analogue.

« C'est à commencer du mois de novembre que les caractères qui distinguent l'épidémie actuelle devinrent prédominants, sans toutefois effacer encore complétement ceux dits typhoïdes. Un des cas les plus remarquables qui s'offrirent à notre observation fut celui du détenu Vanhovelmont, qui entra à l'hôpital avec les extrémités paralysées; les inférieures l'étaient complétement, les supérieures à un moindre degré. Cette paralysie dura environ quarante-huit

heures et disparut instantanément. Bientôt après, les muscles des avant-bras se contracturèrent fortement. Il y eut de nouveau, après quelques jours, paralysie incomplète des extrémités inférieures. Les contractures et la paralysie disparurent et revinrent plusieurs fois, soit séparément, soit simultanément. Aujourd'hui, ce malade se trouve encore dans l'hôpital avec une semi-paralysie des extrémités inférieures et des sphincters de l'anus, et une diarrhée qui probablement ne tardera pas à le mener au tombeau. Il est aussi à noter que nous constatâmes de nombreux sudamina et des taches lenticulaires, en même temps qu'il existait une fièvre continue très-intense.

« Je ne m'arrêterai pas à mentionner ici tous les cas remarquables qui s'offrirent à notre observation; je me bornerai à énumérer les principaux phénomènes qui se sont successivement développés, et qui caractérisent l'épidémie actuelle, bien entendu que nous ne les trouvons jamais tous réunis chez le même individu.

« Au début, mouvement fébrile quelquefois très-intense et qui persiste pendant plusieurs jours, même plusieurs semaines; fourmillements, picotements, engourdissements, suivis de contractures, de paralysies, existant aussi en même temps qu'elles, et souvent dans les mêmes parties. Parfois, ces sensations persistent après la disparition soit des contractures, soit des paralysies; un certain nombre de malades s'en plaignent, qui n'ont jamais présenté ni contractures, ni paralysies. Dans un très-petit nombre de cas, le tact est altéré. On observe aussi diverses sensations plus ou moins remarquables : ainsi, un malade déclarait que par moments il sentait comme un vent qui partait de l'échancrure sciatique droite et parcourait tout le membre jusqu'aux orteils; d'autres sentaient comme un liquide, des gouttes d'eau qui descendaient de la nuque, le long de la colonne vertébrale et des extrémités, et qui semblaient s'écouler par le bout des doigts et des orteils. Quelquefois, douleur dans les épaules, dans les muscles des bras, de la cuisse, des parois de la poitrine; plus souvent à la région précordiale et à l'épigastre; rarement dans les avant-bras et les jambes; plus rarement encore dans les mains et les pieds, même pendant qu'ils sont le siége de violentes contractures. Sentiment d'une barre dans la direction du diaphragme. Sur plus de quatre cents malades, cinq ou six seulement ont accusé de la douleur dans la colonne vertébrale. Cette douleur a cédé facilement à une ou deux applications de sangsues, sans que la marche de la maladie en ait été aucunement modifiée.

« Dans le plus grand nombre des cas, contractures bornées le plus souvent aux muscles des avant-bras; ceux des bras, des extré-

mités inférieures, de la poitrine, des parois abdominales, de la face, de la langue, etc., ne présentèrent des contractures qu'après que la maladie avait déjà sévi pendant bieu longtemps, et je ne me rappelle pas en avoir constaté avant le mois de novembre. Parfois le cœur s'est aussi manifestement contracturé. Comme on le conçoit, les contractures déterminent diverses déviations et inflexions qui sont en rapport avec le degré de prédominance de tels ou tels muscles. Quand les contractures ont leur siége aux extrémités supérieures, le bras est rapproché du tronc, l'avant-bras est fléchi sur le bras, le poignet plus ou moins renversé, les doigts dans une flexion moyenne et appuyés sur le pouce toujours porté dans l'adduction; quelquefois cependant ils sont fortement fléchis dans la paume de la main. Aux extrémités inférieures, les pieds sont dans l'extension par la prédominance des muscles du mollet; lorsque les contractures sont très-fortes, ils sont portés dans l'adduction et plus ou moins arqués. Lorsque les muscles de la face, de la langue, sont contracturés, les commissures des lèvres sont plus ou moins tirées dans l'une ou l'autre direction; la bouche est quelquefois toute déformée, la langue est déviée, parfois comme recoquillée, d'autres fois elle ne peut être sortie de la bouche, et l'articulation des sons est difficile, même impossible. Les muscles contracturés présentent une dureté proportionnée à leur degré de contracture, et presque toujours le malade éprouve du soulagement lorsqu'on cherche à les allonger; dans un petit nombre de cas cependant, cette manœuvre provoque de la douleur. Nous avons remarqué qu'en général les contractures sont plus prononcées du côté droit. Ces contractures ne sont pas permanentes; rarement elles se maintiennent longtemps au même degré : dans certains moments, elles disparaissent complétement. Plusieurs individus ont offert des accès effrayants pendant lesquels les contractures étaient extrêmement prononcées. A la suite de ces sortes d'accès, il y avait un relâchement souvent complet pendant un espace de temps qui variait de quelques heures à plusieurs jours. Soubresauts des tendons, tressaillements des muscles, particulièrement de ceux de la face et des mains; clignotement. Jamais nous n'avons observé de strabisme.

« Paralysies plus ou moins complètes, plus ou moins étendues, soit du mouvement, soit de la sensibilité, quelquefois primitives, d'autres fois succédant aux contractures, aux fourmillements, à marche rémittente dans le premier cas, le plus souvent permanentes dans le second.

« Céphalalgie qui se dissipe ordinairement après quelques jours de durée. Sentiment de fatigue, de profonde faiblesse; abat-

tement. La stupeur qui existait souvent dans le principe de la maladie est maintenant plus rarement observée. Délire dans quelques cas, plus souvent aberration des idées, aliénation mentale, surdité; trouble de la vue, le malade déclare voir comme à travers une gaze. Jamais personne ne nous a déclaré être atteint de diplopie. L'insomnie n'a pas été remarquée; les malades dorment le plus souvent profondément. Accès épileptiformes, tétanos, trismus, bégaiement, chorée, hoquet, sciatique, etc. Les symptômes de ces affections ont été, en général, de courte durée, et se sont souvent succédé chez le même individu. La sciatique cependant a persisté plusieurs jours. Dans plusieurs cas, on a observé tous les symptômes de la méningite, de l'encéphalite, et l'autopsie a montré les altérations qui sont propres à ces affections.

« Langue saburrale, quelquefois rouge, collante, sèche et même fuligineuse; soif; ventre plus ou moins douloureux et ballonné, avec gargouillement, d'autres fois souple et indolent. Nausées, vomissements dans un petit nombre de cas; rarement de la diarrhée, assez souvent constipation qui résiste quelquefois à l'administration d'un et même de deux purgatifs. Chez presque tous les malades, anorexie tant que persiste l'état fébrile; plus tard, et particulièrement alors que les phénomènes nerveux sont le plus prononcés, la faim se fait vivement sentir. Cependant les digestions sont presque toujours très-laborieuses, et nous voyons fréquemment se déclarer des vomissements, de la diarrhée et autres accidents qui dénotent une forte irritation et même une inflammation de la muqueuse intestinale.

« Au début de la maladie, frissons suivis d'une transpiration plus ou moins abondante, quelquefois visqueuse. La peau est en même temps rouge, chaude, et même brûlante; dans deux ou trois cas, elle a été le siége d'un érythème. Beaucoup de malades ont présenté des taches lenticulaires; les sudamina ont aussi été souvent rencontrés, et ont rarement été en rapport avec l'abondance de la transpiration. Le pouls a pour caractère essentiel et pathognomonique d'être lent et toujours très-dépressible, quelle que soit son accélération. Dans un très-grand nombre de cas, nous l'avons trouvé extrêmement irrégulier. Après que la réaction est tombée, il est remarquable par sa lenteur. L'état fébrile reparaît souvent, particulièrement à la suite de quelque imprudence de la part des malades; en général, la fièvre est plus forte le soir, tandis que les phénomènes nerveux sont plus marqués le matin. Après que la maladie a duré quelque temps, la peau des extrémités prend souvent une teinte cyanosée qui s'étend même aux ongles, sans que pour cela la chaleur descende au-dessous de

son degré normal. Dans quelques-uns de ces cas, il se déclare de larges ecchymoses qui ont presque toujours leur siége aux extrémités inférieures. Il apparaît aussi très-souvent sur les jambes et sur les cuisses des taches qui ressemblent au *pourpre hémorrhagique;* elles en diffèrent cependant en ce qu'elles paraissent comme papuleuses. Plusieurs fois il est survenu des phlegmons dont plusieurs se sont terminés par la gangrène. Ainsi, dans un cas, toute la jambe et une partie de la cuisse ne présentaient plus qu'une vaste eschare; chez un autre malade, on a vu tout le scrotum tomber en gangrène. L'altération du sang, qui existe déjà au début de la maladie, a souvent été portée à un haut degré; il a perdu de ses propriétés plastiques et est comme défibriné. Les épistaxis sont nombreuses, fréquentes et abondantes; les selles sanguinolentes ne sont pas rares. Un malade nous a offert, avec des contractures très-prononcées, une fièvre putride des mieux caractérisées, et l'autopsie nous a montré les plaques de Peyer très-altérées.

« Assez fréquemment, palpitations, oppression, sentiment d'un poids sur la poitrine, qui met le malade dans l'impossibilité de parler pendant plus d'une ou deux minutes sans devoir s'arrêter pour faire une profonde inspiration.

« Chez presque tous les malades, les extrémités inférieures s'infiltrent, et des collections se forment dans les cavités séreuses ; mais il est à remarquer que ces épanchements de sérosité surviennent presque toujours après que la maladie a déjà duré un certain temps. Il faut aussi noter qu'un grand nombre de ces individus ont le cœur malade, et que, dans presque toutes nos autopsies, cet organe nous a présenté des altérations de date ancienne.

« La durée de la maladie est, en général, très-longue, et on ne peut jamais assurer que la guérison a été obtenue. Quand les contractures ne disparaissent pas dans les premiers jours, elles deviennent excessivement rebelles. Nous avons vu un nombre considérable de rechutes. La mortalité a été assez forte: sur un nombre de 288 malades qui ont été traités dans l'hôpital pendant ce premier trimestre, trente-trois ont succombé. Il est cependant à noter que chez plusieurs d'entre eux, des affections concomitantes ont hâté la terminaison fatale. Dans beaucoup de cas, la mort a été la suite de l'épuisement des forces vitales; plusieurs fois elle a eu lieu d'une manière inopinée et même instantanément. Plusieurs fois elle est survenue par le cerveau, pendant un accès ressemblant assez à l'épilepsie; d'autres fois par contracture ou paralysie du cœur et des muscles de la respiration. La contracture du cœur a surtout été bien constatée par l'auscultation, car nous percevions un frémissement particulier que nous n'avons jamais rencontré que

chez ces malades, et pendant qu'ils se trouvaient dans ces accès si souvent mortels.

« A l'autopsie, nous n'avons trouvé d'altérations constantes que celles du sang et de la rate. Le sang était toujours défibriné, la rate volumineuse, très-ramollie et d'un noir plus ou moins foncé.

« La muqueuse intestinale était fréquemment injectée et ramollie. Assez souvent les plaques de Peyer et les glandes de Brunner étaient ulcérées et même converties en un détritus noirâtre.

« Les glandes du mésentère ont aussi été fréquemment altérées; elles étaient plus volumineuses que d'ordinaire, leur tissu peu consistant avait une teinte grisâtre, quelquefois noire.

« Nous n'avons jamais trouvé dans le cœur des lésions qu'on pût rapporter à la maladie, si ce n'est un ramollissement quelquefois très-prononcé.

« Les poumons étaient presque toujours fortement engoués. Plusieurs fois, ils présentèrent les hépatisations rouge et grise; une fois, le lobe supérieur droit était gangrené dans une étendue considérable.

« Excepté dans un cas où nous avons observé des symptômes d'arachnoïdite, les méninges ne présentèrent aucune des altérations qui témoignent qu'elles viennent d'être enflammées.

« Cinq à six fois, les parties centrales du cerveau, particulièrement la voûte à trois piliers et la partie supérieure des couches optiques et des corps striés, étaient extrêmement ramollies; et cependant deux de ces sujets seulement avaient présenté des symptômes d'encéphalite.

« La moelle épinière a été trouvée souvent à l'état normal; mais dans bien des cas aussi elle était manifestement ramollie, quelquefois offrant l'aspect et la consistance de la crême. Ce qui est ici à remarquer, c'est que les individus qui nous offrirent les ramollissements les plus prononcés n'avaient été malades que pendant fort peu de temps, ou bien ne nous présentaient plus, depuis plusieurs jours, même plusieurs semaines, des symptômes de la maladie, et avaient succombé par suite de phthisie pulmonaire ou d'une maladie organique du cœur.

« Si les contractures ont été assez prononcées, chez beaucoup de ces malades, pendant le premier trimestre de cette année, elles ont aussi manqué dans un grand nombre de cas. J'ajouterai même qu'elles ont à peine été remarquées par un médecin qui, dans le courant du mois de février, a été chargé, pendant six jours, du service de deux salles contenant environ cinquante lits occupés presque tous par des individus atteints de la maladie. Il faut toutefois

noter, et vous le savez d'ailleurs, que ce médecin est venu avec l'idée préconçue qu'il n'existait ici aucune maladie particulière; aussi a-t-il déclaré qu'excepté quelques individus affectés de maladies chroniques, il n'avait trouvé dans ses salles que des hommes exténués par une diète trop rigoureuse et qu'il avait pu bientôt renvoyer à leurs travaux. Cette déclaration a été pour moi la source des plus violentes attaques; j'ai été signalé à l'administration supérieure comme indigne d'occuper le poste important qui m'était confié. Ce praticien, qui jouit d'une certaine réputation, s'est donc trouvé en présence de la terrible maladie qui décime la population de cette prison, et non-seulement il l'a méconnue, mais il a considéré les individus qui en étaient atteints comme seulement débilités par une alimentation insuffisante. Il leur a donné beaucoup à manger pendant deux ou trois jours, et les a renvoyés à leur ouvrage..... *Vous savez ce qui est ensuite arrivé*..... Si, heureusement pour ces malheureux, la maladie avait cessé alors, ma réputation de médecin était perdue pour toujours.

« Je signalerai de nouveau à votre attention que le début de la maladie est marqué par un état fébrile plus ou moins prononcé. Nous observons, il est vrai, quelques cas de contractures sans que cet état fébrile ait existé; mais cela n'a rien que de très-ordinaire. Nous avons aussi, comme je l'ai déjà fait remarquer, rencontré des érysipèles de la face sans fièvres, sans caractères typhoïdes, alors que sévissait ici cette épidémie de fièvres typhoïdes avec érysipèles de la face. Un médecin observateur se rend facilement compte de ces cas anormaux.

« Beaucoup de nos malades, et nous en avons encore en ce moment un certain nombre à l'hôpital, ne nous ont présenté, pour ainsi dire, qu'une fièvre continue des mieux caractérisées. Chez quelques-uns, il n'y a pas eu de contractures; chez un plus grand nombre, elles ont été très-légères, et n'ont pas tardé à disparaître; d'autres encore ont accusé de simples fourmillements ou de l'engourdissement. Il est à remarquer que beaucoup de ces malades ont la peau couverte de sudamina, sans que la transpiration ait cependant été très-abondante. Dans tous ces cas, nous ne pouvons méconnaître la maladie régnante qui se révèle par un signe pathognomonique qui n'a jamais manqué, et qui *n'avait jamais été observé auparavant*. Je veux parler de l'état du pouls, qui, quel que soit son accélération, est constamment large et extraordinairement dépressible. Il semble que ce ne soit pas du sang, mais de l'eau que charrie l'artère. Je le répète, cet état du pouls ne m'a jamais induit en erreur; chaque fois que je l'ai constaté, j'ai diagnostiqué sûrement la maladie : souvent même il m'a permis d'annoncer des

rechutes. Un des cas les plus remarquables qui viendront à l'appui de ce que j'avance, sur la confiance que ce signe doit nous inspirer, est celui du détenu Gondal, qui est entré à l'hôpital avec une forte diarrhée et une fièvre très-intense; mais le pouls était caractéristique : en effet, le neuvième jour, il survint des contractures et des fourmillements qui confirmèrent le jugement que j'avais porté. Je pourrais citer beaucoup d'autres faits analogues.

« Tous les médecins qui sont venus ici observer cette maladie n'ont pu se mettre d'accord sur ses causes et sa nature. Il y en a qui l'ont considérée comme une méningite encéphalo-rachidienne, d'autres comme le raphania, M. Tosquinet comme l'acrodynie. Je dois avouer que toutes ces opinions me paraissent erronées. Je ne nie pas que, dans quelques cas, il ne puisse y avoir inflammation des méninges; mais comme cette inflammation manque presque toujours, on ne peut la considérer comme la cause de tous les phénomènes qu'on observe. Le ramollissement de la moelle a été rencontré bien plus fréquemment : il serait donc plus rationnel d'admettre une myélite, en supposant toutefois que ce ramollissement soit inflammatoire, ce qui me paraît peu probable: mais on ne peut non plus se ranger à cette manière de voir, vu que la moelle a été le plus souvent trouvée à l'état normal. Quoi qu'il en soit, les centres nerveux ont subi une modification quelconque, les symptômes observés en sont une preuve incontestable. Peu importe d'ailleurs la nature de leur altération ; qu'elle soit inflammatoire, cela n'est pas plus extraordinaire que l'inflammation de la peau de la face dans nos érysipèles typhoïdes. La maladie n'en reste pas moins la même : c'est toujours une intoxication par un principe délétère, et les diverses altérations organiques ne sont que la localisation d'un état général, c'est-à-dire le résultat de l'effort par lequel l'économie cherche à se débarrasser du principe morbifique.

« Plusieurs des symptômes observés me paraissent, ainsi que je l'ai déjà dit, ressembler beaucoup à ceux du raphania; cependant j'hésiterais encore à reconnaître cette maladie, si même on parvenait à démontrer la probabilité que les détenus de Saint-Bernard auraient été soumis à l'influence de sa cause connue et toute spéciale. Nous avons examiné les céréales avec la plus scrupuleuse attention, et même à l'aide du microscope, et non-seulement nous ne les avons pas trouvées mélangées avec l'ergot de seigle et les graines de la ravenelle des champs, mais elles paraissaient être d'une excellente qualité. Admettre une altération inappréciable est une supposition bien gratuite ; c'est vouloir absolument trancher la difficulté. Ce qui est incontestable, c'est qu'il y a intoxication; un principe délétère a évidemment porté son action

sur le sang et le système nerveux. Une remarque de la plus haute importance, c'est que des détenus ont été atteints de la maladie quelques jours seulement après leur entrée dans la prison; ceux de la prison d'Anvers reçoivent le même pain, car on le fait ici, et ils n'ont présenté aucun symptôme de la maladie. Beaucoup de vieillards et de valétudinaires en ont aussi été atteints; et cependant ils n'avaient pas mangé du pain de seigle. Des individus séjournant à l'hôpital depuis plus de quatorze mois, et par conséquent soumis à un régime excellent et à l'usage du pain de froment, en ont été également affectés. Ce ne peut donc être l'altération du seigle ou son mélange avec des substances intoxicantes qu'il faut accuser ici. Il est certain aussi que les autres céréales, telles que le froment, l'orge et l'avoine, n'ont exercé aucune influence sur la production de la maladie, car beaucoup de détenus qui n'en ont fait aucun usage n'ont pas été épargnés.

« Excepté deux cas douteux que j'ai observés, le premier, il y a environ un an, le second, il y a quelques mois, chez la femme et la fille d'un gardien, la maladie n'a encore été observée que parmi les détenus. Ceci me confirme dans l'idée que ce n'est pas dans les *ingesta*, et particulièrement les céréales, qu'il faut chercher la cause du fléau qui décime la population de cette prison, car nous avons ici une classe d'employés qui se nourrit presque exclusivement de céréales : je veux parler des gardiens. Il est bon de dire que depuis environ cinq mois ils reçoivent, chaque jour, une ration de pain de froment du poids d'un kilogramme, le même que celui qui sert pour l'hôpital et les valétudinaires. Comme pour ceux qui sont mariés cette ration ne suffit pas, le surplus est acheté au village de Schelle; c'est ordinairement du pain de seigle qui est loin de valoir celui que mangent les détenus. Ces employés et leurs familles font, en outre, un assez fréquent usage d'orge, d'avoine, de sarrasin, dont les qualités ne paraissent rien laisser à désirer. Je le répète donc, rien n'autorise à supposer que la cause de la maladie réside dans les céréales, car il est probable, s'il en était ainsi, qu'on la rencontrerait parmi les gardiens, leurs femmes et leurs enfants.

« Quant à la manière de voir de M. Tosquinet, qui considère la maladie comme étant l'acrodynie, je puis encore moins la partager. Comme je me propose de donner une relation détaillée de l'épidémie, je n'entreprendrai pas ici de démontrer combien est grande la différence qui la distingue de celle qui a regné à Paris en 1828 et 1829, et cette différence ne peut être expliquée par un plus haut degré d'intensité ou de malignité résultant d'un long séjour dans la prison, et par la détérioration profonde de la constitu-

tion des détenus. Cette vérité paraîtra incontestable si on considère que la maladie a été aussi intense chez les hommes forts et bien constitués que chez ceux qui sont débilités par la misère et un long emprisonnement; qu'elle a été aussi fréquente, aussi intense chez des individus nouvellement arrivés que chez d'autres qui s'y trouvaient depuis des années.

« Notre maladie est tellement distincte de l'acrodynie, que Dance, qui, après l'avoir observée, l'a décrite dans les *Archives générales de Médecine*, en 1831, lui a donné le nom de *tétanos intermittent*. Dance cependant connaissait l'acrodynie, car il est l'auteur de l'article *Acrodynie* du *Dictionnaire de Médecine*. Depuis Dance, plusieurs praticiens l'ont encore observée et décrite, et aucun, que je sache, ne l'a nommée acrodynie; et il faut supposer qu'ils étaient assez au courant de la science pour avoir connaissance de l'épidémie de 1828 et 1829. Ainsi, nous trouvons dans l'*Encyclographie des Sciences médicales*, t. 130, p. 54, et t. 131, p. 62, un mémoire sur *la contracture et la paralysie idiopathiques chez l'adulte*, et évidemment c'est notre maladie qui y est décrite. Le docteur Marotte rapporte, dans *l'Abeille médicale*, cahier de décembre 1845, trois cas de contractures essentielles, et ces cas sont semblables aux nôtres.

« Je l'ai déjà dit, on ne peut méconnaître ici une véritable intoxication. D'après ma manière de voir, on ne doit pas l'attribuer à l'alimentation : c'est dans les *circumfusa* qu'il faut chercher le principe délétère. Comme on le sait, partout où on rencontre de grandes réunions d'hommes dans des espaces trop resserrés, on voit apparaître des affections de mauvaise nature. Elles seront d'autant plus nombreuses, plus meurtrières, qu'à l'encombrement viendront se joindre un plus grand nombre de causes capables de débiliter, de détériorer les constitutions. Eh bien! nous trouvons à Saint-Bernard des causes suffisantes pour expliquer l'existence de maladies de mauvaise nature. Depuis environ trois ans, c'est-à-dire depuis que je suis médecin de l'établissement, je n'ai cessé de les signaler. La forme a pu différer; mais le fond a été, pour moi, toujours le même. Tout en soutenant l'identité de nature des maladies dont j'ai eu l'honneur de vous signaler l'existence à Saint-Bernard, je ne prétends pas avancer qu'il faille nier l'influence de divers agents modificateurs; cette idée est tellement loin de moi, que je reconnais qu'il nous serait impossible de nous rendre compte autrement de leurs formes diverses et souvent si extraordinaires.

« Cette maladie a été constamment rebelle aux moyens qui lui ont été opposés. Un seul a paru efficace dans les nombreux cas

qui se sont offerts à notre observation : je veux parler des purgatifs salins. Je n'assure pas cependant que nous leur devions des guérisons radicales, car jusqu'ici je n'oserais encore en garantir une seule ; mais il est de toute évidence que leur administration a toujours été suivie d'une amélioration manifeste, et même de la disparition de tous les phénomènes morbides. Ces améliorations, ces guérisons n'étaient que trop souvent de courte durée ; mais enfin c'est déjà un résultat immense, lorsque tous les autres moyens échouaient presque complétement. Ils conviennent dans tous les cas, excepté dans la dernière période de la maladie, lorsque l'altération du sang est portée à un haut degré et que la diarrhée a amené une extrême débilité. Leur mode d'administration exige cependant une certaine expérience, qu'une longue habitude de voir de tels malades peut seule faire acquérir. Plusieurs fois je les ai administrés dans des circonstances qui paraissaient les contre-indiquer, et j'ai vu des médecins effrayés de ma manière de faire : ils s'attendaient à voir surgir des accidents bien graves, et ils ne pouvaient ensuite assez admirer les résultats favorables que nous venions d'obtenir. Il est remarquable que ces mêmes agents sont les seuls qui m'aient réellement réussi dans le traitement des fièvres continues simples ou typhoïdes que j'ai observées à Saint-Bernard.

« L'émétique a aussi été administré avec avantage dans le principe de la maladie, alors qu'il existait un embarras gastrique.

« J'ai eu recours à la saignée dans des cas de congestion vers le cerveau ou les poumons ; mais je reste dans le doute si j'en ai obtenu quelque succès. Quand il existe de la douleur dans un point quelconque de la colonne vertébrale, des parois thoraciques, une ou plusieurs applications de sangsues, quelques ventouses scarifiées, la font, en général, disparaître ; mais la maladie n'en paraît pas, du reste, modifiée.

« Une des substances qui ont été administrées le plus longtemps, et à un nombre considérable de malades, est le sulfate de quinine. Nous en espérions quelque succès, eu égard à la marche rémittente de quelques-uns des symptômes de la maladie : nous avons eu soin de le faire prendre, autant que possible, dans les moments de rémission. Eh bien ! le résultat a été tout opposé à celui que nous en attendions ; dans la plupart des cas, la maladie prenait un caractère plus grave. Nous nous rendons compte de ce résultat en considérant que tous ces malades se trouvant dans un état de débilité profonde, par suite de l'altération du sang et de l'atteinte portée au système nerveux, les hyposthénisants ne peuvent que devenir nuisibles.

« Je puis en dire autant de l'opium et de la belladone. L'opium surtout a été prescrit longtemps et à un nombre considérable de malades.

« Les antispasmodiques ont été administrés à doses souvent très-élevées, longtemps et avec persévérance, chez plusieurs centaines de malades, et ils ont été complétement inefficaces. Ceux qui ont été le plus souvent employés sont le musc, le castoréum, l'assa fœtida, la valeriane, le camphre, les éthers.

« Les excitants du système nerveux n'ont pas non plus été négligés; ainsi l'arnica, la strychnine, le vin, ont été employés à des doses aussi élevées que possible, et sans le moindre résultat avantageux.

« Nous avons encore eu recours aux ferrugineux, au quinquina, au polygala de Virginie, à l'acore vrai, à l'esprit de Mindérérus, à l'acide sulfurique, aux limonades tartariques, et le tout sans résultats appréciables.

« Nous avons, avec aussi peu de succès, eu recours aux moxas et aux vésicatoires le long de la colonne vertébrale. Plusieurs anti-rhumatismaux, tels que le sublimé corrosif, le colchique, l'huile de térébenthine, n'ont pas été plus efficaces : au contraire. Dans les violentes attaques, la rubéfaction des extrémités avec l'ammoniaque, des sinapismes, l'eau bouillante, a peut-être été avantageuse. Des frictions sèches ou avec un liniment volatil sur les parties contracturées ont souvent produit du relâchement.

« Le régime est tonique et fortifiant. En général, nous avons égard aux plaintes des malades, qui tous accusent une grande débilité et demandent toujours des aliments, alors même qu'ils n'ont pas d'appétit. Je dois déclarer qu'il en résulte presque toujours des accidents graves, c'est-à-dire une forte irritation du tube intestinal qui se manifeste par des vomissements, de la diarrhée, de la douleur dans le ventre, de la fièvre; accidents qui nécessitent une diète sévère et qui ne cèdent que difficilement.

« L'imagination des malades est pour beaucoup dans ce désir, ce besoin d'obtenir des aliments. Ces malheureux sont persuadés que la cause de la maladie réside dans l'insuffisance de l'alimentation; ils ne doutent aucunement que s'ils ne guérissent pas, s'ils meurent en aussi grand nombre, c'est parce que, lorsqu'ils sont à l'hôpital, on les tient à une diète trop sévère, trop prolongée. Dans une maladie où le système nerveux est aussi fortement impressionné, il faut avoir égard à l'état moral de ceux qui en sont atteints. J'ai donc préféré courir la chance d'un dérangement quelconque dans les fonctions digestives, que de laisser exister une conviction qui devait produire les plus funestes résultats.

« Notre maladie a été rebelle jusqu'ici à la plupart des moyens que nous lui avons opposés, et elle ressemble en cela à toutes les épidémies connues. Les maladies épidémiques, comme on le sait, résistent à tous les traitements, jusqu'à ce qu'elles arrivent à leur déclin; alors elles cèdent avec la plus merveilleuse facilité, et les moyens qui avaient échoué réussissent ensuite facilement. Il en sera probablement de même dans cette circonstance. Notre maladie, si rebelle jusqu'ici, cédera probablement aussi, lorsqu'elle sera sur son déclin, à l'administration des remèdes les plus insignifiants, et qui jouiront ainsi, au jugement de certains médecins, d'une réputation bien méritée.

« Peut-être la maladie diminuerait-elle, disparaîtrait-elle, si les fièvres intermittentes venaient à régner. L'avenir pourra l'apprendre.

« Lorsqu'une épidémie se déclare dans une localité, le seul moyen d'en arrêter le développement est la dispersion des individus qui y sont rassemblés; tous les autres restent à peu près inefficaces. Lorsque cette dispersion n'est pas possible, il faut recourir aux mesures hygiéniques propres à rendre moins actifs les effets de l'encombrement et à mettre l'économie plus à même de résister à l'influence morbifique. La première indication est donc d'accorder une alimentation suffisamment stimulante, suffisamment réparatrice, surtout quand on a affaire à des constitutions détériorées. Une autre indication également très-importante, c'est l'exercice en plein air, non pendant quelques instants, mais pendant une grande partie de la journée. On doit faire en sorte que les individus exposés à contracter la maladie ne restent pas trop longtemps renfermés dans les mêmes pièces, surtout pendant la nuit.

« Le transfert dans d'autres prisons ou la mise en liberté des détenus dont la peine expirera bientôt, et de ceux des malades qui ont peu de chances de guérir ici; l'exercice en plein air pendant un espace de temps suffisant, c'est-à-dire une grande partie de la journée; la réduction, autant que possible, de la durée du séjour dans les dortoirs; une alimentation plus stimulante, plus réparatrice..... tels sont les moyens dont j'ai proposé l'adoption. »

Ainsi donc, Messieurs, pour M. Sacquez, ainsi que vous venez de l'entendre, l'affection de Saint-Bernard n'est autre chose que la fièvre continue ataxique ou typhoïde qui s'y est implantée depuis longtemps, et la forme particulière que cette fièvre a affectée depuis quatre à cinq mois n'est qu'un épiphénomène assez rare, à la vérité, mais néanmoins sous la dépendance des causes de la maladie principale.

Je ne saurais, quant à moi, me ranger à cette opinion.

Evidemment, si la maladie dont il est ici question, si cette convulsion musculaire, cette sorte de tétanos intermittent, n'avait apparu qu'à Saint-Bernard, on pourrait jusqu'à un certain point se ranger à l'opinion de M. Stacquez ; mais il n'en est pas ainsi : elle s'est manifestée, comme je l'ai dit, dans d'autres établissements publics, entre autres au dépôt de mendicité de la Cambre; elle a même fait irruption dans des maisons particulières.

J'en conclus, Messieurs, que la contracture de Saint-Bernard n'est pas sous la dépendance des causes qui y font régner les fièvres continues dont parle M. Stacquez, puisqu'elle s'est montrée là où ces causes n'existent pas.

J'avoue, et en écoutant les rapports de MM. Camberlin et Mareska vous avez pu le reconnaître, qu'elle n'a pas à Namur et à Gand la gravité avec laquelle elle se présente à Saint-Bernard. Mais cela ne dépend-il pas de ce que les détenus de cette dernière prison sont loin de présenter les mêmes conditions de force et de santé ? Cela ne dépend-il pas encore de ce que le principe producteur de la maladie, quel qu'il soit, a trouvé dans cette prison une proie plus facile, un terrain plus fertile, des hommes plus détériorés, et sur la constitution desquels l'ensemble des causes qui y règnent, et qui en font la prison la plus insalubre du pays, avait déjà porté une atteinte profonde?

C'est chose, en effet, très-remarquable, Messieurs, que le peu de *gravité* des cas de *contractures* que l'on observe à Gand et à Namur, et la *gravité* de ces mêmes cas à Saint-Bernard.

Mettant de côté ce que j'appellerai les complications de Saint-Bernard, pour ne nous attacher qu'aux *contractures simples*, et les comparant à certaines affections qui ont régné ailleurs ou qui se sont présentées à diverses époques, nous sommes autorisé à les déclarer de même nature que *l'acrodynie* qui a existé à Paris en 1828 et 1829, le *tétanos intermittent*, la *contracture* et la *paralysie idiopathique*, etc., dont vous avez lu sans doute plus d'une observation.

Il suffit d'examiner les symptômes communs à ces trois maladies, et de les rapprocher de ceux observés à Gand et à Namur, pour acquérir cette conviction ; je dis même qu'il suffit pour cela d'examiner sans préoccupation les malades de Saint-Bernard, car tout ce que j'ai vu me fait douter que plusieurs phénomènes observés sur ces derniers aient une liaison *nécessaire* avec l'affection principale.

Maintenant quelle est la cause de cette singulière affection? Quel est son siége? Quel est son traitement?

Tout est vague sur ces divers points, Messieurs; je dirai plus:

tout est à faire. Tandis que c'est une névrose pour les uns, une méningite spinale pour les autres, je viens de vous le dire, ce n'est qu'une sorte de fièvre continue pour M. Stacquez.

On peut en dire autant du traitement. Celui de M. Stacquez (les purgatifs salins, car ce sont les seuls qui lui aient été de quelque utilité) ne peut être envisagé comme étant en rapport avec la nature de la maladie. Il semble, en effet, qu'il ait été plutôt adressé à la fièvre continue qu'à la contracture proprement dite.

Je vous ferai remarquer, au surplus, que M. Stacquez m'a déclaré, et je l'ai constaté par moi-même (car je me suis rendu bien des fois à Saint-Bernard dans ces derniers temps), qu'il ne croit pas avoir guéri un seul malade.

Je doute que MM. Mareska et Camberlin aient eu des succès réels, et qu'ils puissent attribuer avec raison à un agent quelconque la disparition des phénomènes dont ils ont été les témoins.

Puissent, Messieurs, vos efforts réunis jeter quelque lumière sur ces diverses questions! »

— M. Mareska : Depuis l'époque de ma dernière lettre à Monsieur l'Inspecteur du service de santé, j'ai acquis la conviction que la cause de la maladie ne réside point dans l'usage de l'avoine. C'est le 14 janvier de cette année que j'ai observé, dans la maison de force de Gand, le premier cas de spasmes musculaires, et ce n'est que le 10 février que l'avoine a été introduite dans la nourriture des prisonniers.

L'épidémie continue sa marche; plus tard, je rassemblerai les faits que j'aurai observés, et j'en ferai l'objet d'un mémoire.

Dans le travail de M. Tosquinet, il est question de plaques tuberculeuses trouvées dans la moelle épinière : ce passage du rapport m'a rappelé une autopsie que j'ai faite hier, et qui m'a fait découvrir à la partie postérieure de la moelle, à la hauteur de la deuxième vertèbre dorsale, un tubercule de la grandeur d'une noisette. Je me hâte de dire que le malade n'a pas présenté les symptômes de la maladie régnante. Il était atteint de paraplégie, et l'on n'a observé chez lui d'autres signes que ceux qui résultent d'une compression lente et graduelle de la moelle. Pour ma part, je ne saurais admettre que les contractions musculaires dépendent de la présence des plaques tuberculeuses.

— M. Fallot : J'ai écouté avec beaucoup d'intérêt les communications dont M. Vleminckx nous a donné lecture. Si je prends la parole dans cette circonstance, c'est qu'ayant eu, grâce à la bienveillance de M. Camberlin, l'occasion de voir par moi-même quelques individus atteints de la maladie qui en fait l'objet, j'ai cru reconnaître qu'elle n'est pas à beaucoup près aussi rare qu'on

le pense, puisqu'il n'y a pas de siècle qui n'en ait offert au moins un exemple.

Je ne dirai pas que les céréales seules dont on fait usage dans les prisons doivent être accusées d'être les causes productrices de la maladie; mais je crois qu'elles y contribuent. Les prisonniers vivent au milieu de toutes influences débilitantes, et deviennent, par conséquent, très-impressionnables à l'action de tous les facteurs morbifiques; il suffit d'une légère altération dans la qualité des substances dont ils sont nourris, pour donner à celles-ci une puissance pathogénétique que, dans d'autres circonstances, elles n'auraient pas eue, et qu'elles ne manifesteraient pas sur des hommes moins affaiblis.

C'est ce qui explique pourquoi les infirmiers de la prison de Saint-Bernard n'ont pas été atteints, tandis que les prisonniers en sont si maltraités.

Je dois faire observer ici, Messieurs, que j'ai trouvé entre la maladie, telle que je l'ai vue, et celle que les auteurs ont décrite sous le nom d'ergotisme spasmodique, l'analogie la plus parfaite. Il est évident qu'il faut bien distinguer les phénomènes essentiels des phénomènes adventitiels, et tenir compte de l'influence que ceux-ci exercent sur la forme sous laquelle elle se présente.

On a cru remarquer chez quelques individus qui y ont succombé, une altération de la moelle spinale, et on en a inféré que sa cause organique résidait dans l'inflammation des membranes qui l'enveloppent.

C'est l'opinion que défend M. Tosquinet. Sans aucun doute, les seuls symptômes constatés avec lesquels elle se présente attestent une lésion fonctionnelle de la moelle spinale ou intra-crânienne, et il ne peut y avoir de lésions de fonction sans altération de l'organe chargé de l'accomplir; mais si c'était une inflammation, elle laisserait, me semble-t-il, toujours quelques traces de son existence dans tous les cadavres. Or, M. Tosquinet a déclaré lui-même que, dans la grande majorité des cas, le prolongement rachidien est intact et que son altération forme les exceptions.

Après tout ce que j'ai lu, après ce qu'on vient de nous communiquer, après le peu que j'ai pu voir moi-même, j'ai été conduit à conclure qu'en admettant que la maladie soit dépendante d'une affection de la moelle, on n'est pas pour cela plus avancé pour le choix des moyens thérapeutiques. La connaissance du siége organique des maladies est importante, j'en conviens; mais en thérapeutique elle n'est que subsidiaire : les indications curatives se puisent surtout dans la découverte de la cause du mal, et ici elle nous échappe.

Je ne suis pas surpris que les révulsifs énergiques employés le long de la colonne vertébrale n'aient produit aucun bon effet. C'est ce qui n'aurait pas lieu, je pense, si on avait eu affaire à une inflammation, et c'est ce qui aurait dû, à mon sens, éveiller spécialement l'attention des médecins. Si c'est une inflammation, elle n'est pas, en tout cas, ce qu'on appelle idiopathique; elle reconnaît des causes spécifiques, et celles-là, on le sait, ne cèdent pas devant les antiphlogistiques, avec quelque discernement et quelque persévérance qu'ils soient employés. Aussi a-t-on remarqué que, dans toutes les épidémies d'ergotisme spasmodique, les saignées ont été nuisibles, tandis que les purgatifs auxquels paraît plus particulièrement réservée la faculté de débarrasser l'économie de substances septiques accidentellement introduites, se sont toujours montrés, comme ici encore, salutaires.

— M. Martens : Un des points principaux à éclaircir pour arriver à la connaissance de la cause du mal, ce serait, selon moi, de savoir si l'apparition de la maladie est antérieure ou postérieure au changement de régime alimentaire qui a été opéré. Lorsque les pommes de terre sont devenues trop chères, vers le mois de septembre dernier, on les a remplacées par le seigle, dans la plupart des prisons. Or, les étés extrêmement humides que nous avons eus depuis deux ans ont favorisé le développement de l'ergot, et la maladie de Saint-Bernard et des autres prisons peut fort bien provenir de la présence de cette substance dans le seigle.

Il est encore un autre point à observer : c'est que la pomme de terre contient une quantité assez notable d'albumine; or l'albumine est indispensable pour la reproduction de la matière nerveuse, dont elle forme la partie la plus importante. La maladie ne proviendrait-elle pas dès lors de ce que les aliments actuels des prisonniers ne contiennent pas une quantité suffisante d'albumine? Cette substance n'existe ni dans le seigle, ni dans l'orge : elle se trouve dans le froment; mais il n'entre qu'une très-petite quantité de froment dans le régime alimentaire des prisonniers. Le seigle est, du reste, un fort bon aliment, abstraction faite de la circonstance que je viens de signaler.

— M. Seutin : Avant que j'eusse visité la prison de Saint-Bernard avec M. l'Inspecteur général du service de santé, je n'avais pas une connaissance parfaite des symptômes et des phénomènes que présente la maladie; mais aussitôt que je suis entré dans cette prison, j'ai acquis la conviction que les agents dont on vient de parler sont étrangers à la cause de la maladie. Chez les deux premiers malades soumis à mon examen, j'ai reconnu immédiatement des symptômes semblables à ceux que je voyais depuis quel-

ques jours chez un individu qui a subi l'amputation d'une jambe depuis six semaines, à l'hôpital Saint-Pierre. Or, cet homme n'avait jamais été en prison, ni soumis au régime de Saint-Bernard.

Il y a quinze jours ou trois semaines, il s'est présenté à la clinique de l'hôpital une femme qui se plaignait aussi de convulsions dans les mains, les avant-bras et les bras; elle me dit que ces convulsions abandonnaient tout à coup les extrémités inférieures pour se transporter aux extrémités supérieures. Je lui fis observer qu'elle devait s'adresser au médecin des pauvres; que nous ne pouvions la traiter, à moins qu'elle n'entrât à l'hôpital. Nous ne l'avons plus revue.

Je crois, Messieurs, sans pouvoir l'affirmer, qu'un troisième cas a été observé en ville.

Ces faits me prouvent, je le répète, que le régime des prisons est tout à fait étranger à l'affection.

Nous aurons, d'ailleurs, une discussion plus complète. Celle à laquelle nous nous livrons actuellement ne doit tendre qu'à engager les praticiens à examiner attentivement la maladie, et à attirer l'attention sur les symptômes qui la caractérisent.

Mais je dois insister sur ce fait, que l'amputé dont je viens de parler offre tous les phénomènes que signalent MM. Mareska et Tosquinet. Il est à demi paralysé; la peau n'a plus de sentiment; on peut le pincer sans qu'il éprouve de sensation; et cependant il peut remuer les membres : il a la tête tournée de côté, les yeux injectés; il ne peut plus parler, mais il voit encore.

Je suis persuadé que cet homme ne vivra plus quarante-huit heures. J'engagerai les membres de l'Académie qui habitent Bruxelles à assister à l'autopsie. En examinant tout l'appareil cérébro-spinal, nous rencontrerons peut-être les mêmes lésions que celles qui ont été observées à Saint-Bernard.

— M. Vleminckx : Je dois donner quelques renseignements pour répondre à M. Martens.

L'honorable membre suppose que l'on n'a pas examiné le sel employé à Saint-Bernard. Je vais l'éclairer à cet égard de la manière la plus complète. Le sel dont on y fait usage est le même que celui dont on se sert à la maison de sûreté d'Anvers, et les détenus qui se trouvent dans celle-ci n'ont pas été atteints de la maladie.

M. Martens pense que les pommes de terre contenant beaucoup d'albumine, et cette substance étant un élément puissant de reconstitution de la matière nerveuse, il se pourrait que l'absence de pommes de terre dans la nourriture des détenus fût une cause de la maladie. Or, il résulte des rapports que j'ai eu l'honneur de vous lire, que la maladie ne règne ni à Vilvorde ni à Alost, et ce-

pendant les détenus y sont soumis au même régime qu'à Saint-Bernard.

J'ai aussi quelques mots à répondre à l'honorable M. Fallot. Il vient de vous dire qu'il n'est pas étonnant que la maladie se soit surtout déclarée à Saint-Bernard, parce que généralement la santé des détenus y est détériorée. Je conviens qu'en présence des causes d'insalubrité qui se présentent à Saint-Bernard et qui en font, comme je l'ai dit, un des établissements les plus insalubres du pays, la santé des détenus s'y détériore promptement ; mais je dois faire observer à l'honorable membre que MM. Mareska et Stacquez ont remarqué que la maladie atteint les forts comme les faibles; et à Gand, vous le savez, elle n'a pas seulement affecté les détenus, mais même les infirmiers et un gardien.

— M. Mareska : La maladie prend sa source dans une cause spécifique, cela paraît hors de doute ; mais une première chose à rechercher, c'est d'examiner si le principe qui l'a produite existe dans l'air, ou s'il réside dans quelque partie du régime des détenus. Si la cause est climatérique, il n'y a pas de raison pour que l'épidémie reste concentrée dans les établissements pénitentiaires. Il ne serait pas extraordinaire, et ce ne serait même pas la première fois, qu'une maladie épidémique propagée par l'air se déclarerait d'abord dans les prisons. C'est là surtout, comme l'a dit M. Fallot, que ces maladies trouvent leurs conditions d'existence, et la détérioration de la constitution des prisonniers constitue une prédisposition bien évidente pour recevoir l'influence des agents morbifiques. La grippe et le choléra se sont manifestés dans la maison de force de Gand plusieurs jours avant qu'ils n'apparussent en ville. Il pourrait donc en être de même des spasmes musculaires. Cependant il y a plusieurs mois qu'ils existent dans les prisons, et, au dehors de ces établissements, il n'y a eu que des cas rares ou douteux. Je ne veux pas nier la nature atmosphérique de la cause ; mais je pense que l'on ne peut se dispenser encore d'examiner attentivement le régime des détenus.

Toutefois, je répondrai à M. Martens que la cause n'est pas dans le pain. J'ai vu la maladie atteindre des détenus qui depuis des années n'avaient pas mangé de seigle, les infirmiers, par exemple, et des malades qui depuis longtemps séjournaient dans l'hôpital.

Quant à l'avoine, j'ai dit pour quels motifs on ne pouvait la soupçonner d'avoir engendré le mal.

Je n'ai pas examiné le sel, sur lequel M. Martens vient de fixer notre attention. M. Vleminckx a objecté à notre honorable collègue que les détenus de la maison de correction de Saint-Bernard et ceux de la maison de sûreté d'Anvers se servent du même sel, et

que la maladie règne dans le premier de ces établissements et n'existe pas dans le second. Selon M. Martens, il faudrait un usage prolongé du sel sophistiqué : or, les prisonniers ne séjournent guère dans une maison de sûreté, et ainsi l'objection de M. Vleminkx perd de sa force; mais elle devient concluante si on la rapproche de ce qui s'observe à Gand. La maison de force et la maison d'arrêt de cette ville sont réunies dans un même bâtiment, et le régime alimentaire y est commun : là, des détenus à peine entrés dans la maison de sûreté ont été atteints de spasmes musculaires. Quoi qu'il en soit, j'analyserai le sel, et je m'assurerai de sa pureté.

M. Martens a parlé aussi de l'eau. L'eau de la prison de Gand est fort bonne; elle est du reste ce qu'elle a toujours été. Pourquoi n'a-t-elle pas engendré depuis longtemps l'épidémie que l'on voudrait lui attribuer aujourd'hui? Ensuite, comment expliquerait-on une altération simultanée et identique de ce liquide en plusieurs localités à la fois?

J'ai déjà dit que la cause prochaine de l'affection que nous étudions n'existe point, d'après moi, dans des tubercules de la moelle épinière : si l'Académie entendait s'occuper de la nature de la maladie, j'expliquerais pourquoi je ne puis la considérer comme inflammatoire.

J'ai saigné trois malades atteints de spasmes musculaires, et dans aucun des cas je n'ai trouvé la quantité de fibrine augmentée; au contraire, elle était chaque fois au-dessous de la quantité normale. Deux fois, la quantité ne s'élevait pas à 1,5 sur mille parties de sang, et je n'ai obtenu au maximum que 2,5.

Ces mêmes analyses du sang m'ont démontré que si la maladie attaque principalement les détenus affaiblis, elle n'épargne pas toujours les hommes robustes. J'ai obtenu 89 parties de globules sur 1,000, ce qui indique un état anémique très-prononcé; en revanche, une autre analyse m'a donné 146 parties de globules. Ainsi, d'un côté, diminution de globuline, et, de l'autre, augmentation assez considérable.

Lorsque j'ai appelé l'attention de la Société de médecine de Gand sur la maladie qui venait de se déclarer dans la prison, j'ai dit que la cause en était inconnue : je crois, Messieurs, que nous ne sommes guère plus avancés aujourd'hui.

— M. Craninx : La question qui nous occupe est une question d'humanité, car la maladie qui règne dans trois prisons du pays fait tous les jours de nouvelles victimes, et dès demain peut-être, comme l'a fort bien dit M. Mareska, elle peut se propager dans le public. Nous devons donc aujourd'hui même, et non pas dans un mois, apporter chacun notre contingent de lumière, afin de trouver

les moyens d'arrêter le mal. Je soutiens par conséquent que la discussion doit continuer, et j'entre en matière.

D'après tout ce qui nous a été lu, la maladie présente quelques symptômes pour ainsi dire communs et constants. Il y a ensuite des symptômes qui varient, selon que le mal attaque telle ou telle partie de l'organisme. Ce qui est certain, c'est que le système nerveux cérébro-spinal paraît presque constamment affecté; ce qui me paraît encore prouvé, c'est qu'il y a des prédispositions générales plus prononcées chez les uns que chez les autres, et que ces prédispositions sont des prédispositions anémiques; ce qui est certain enfin, c'est que les autopsies et les analyses du sang éclaircissent déjà jusqu'à un certain point la question. Il résulte en effet de ces analyses, que le sang est défibriné et qu'il y a par conséquent état anémique, résultat de la cause septique qui agit sur ce liquide. Il résulte encore des notes de M. Tallois, qu'il a constamment trouvé le sang et la rate malades, divers autres viscères plus ou moins altérés.

Eh bien ! Messieurs, que doit-on conclure de tout ce que nous savons jusqu'à présent sur la nature de la maladie? Evidemment qu'il y a une affection générale : on ne peut pas dire que c'est une inflammation de la moelle ou du cerveau; la maladie se montre, elle paraît, elle disparaît : il n'y a rien là qui puisse expliquer une lésion inflammatoire, une lésion permanente.

D'ailleurs, tout ce que nous savons sur les épidémies nous autorise à croire que ces sortes de maladies n'ont leur cause ni dans le sel employé, ni dans l'absence des pommes de terre, ni dans le régime alimentaire, ni dans l'usage du seigle, mais que, dans le plus grand nombre des cas, elles sont dues à des causes atmosphériques, et proviennent de l'altération de l'air que respirent les individus.

Plusieurs personnes ont comparé l'épidémie actuelle à la fièvre typhoïde. Or, il me paraît bien prouvé aujourd'hui que dans le très-grand nombre des cas, l'infection typhoïde se fait par la respiration d'un air altéré qui agit sur le sang, et produit ainsi une infection sanguine.

D'après ce qu'on a dit, la plupart des médications ont été tentées, et aucune ne paraît avoir eu de résultats : c'est encore une circonstance qui me fait considérer la maladie comme générale, comme spécifique, car on sait que souvent, dans ces affections, la plupart des traitements ne produisent aucun effet, et que la nature seule peut y suppléer chez les individus vigoureux.

Il y a cependant le traitement prophylactique qui doit nous préoccuper avant tout. J'ai déjà eu l'occasion de voir quelques

maladies épidémiques et endémiques, et je puis dire que le moyen qui m'a toujours le mieux réussi, c'est l'aération ; j'ouvrirais donc ici les portes et les fenêtres du matin jusqu'au soir. (Interruption.) Je sais bien qu'il ne faut pas laisser courir les détenus à la rue ; j'entends ouvrir les portes et les fenêtres dans les parties des locaux qu'ils occupent.

— M. Fallot : Je dois faire observer d'abord qu'en se servant du terme générique d'ergotisme, on est nécessairement conduit à faire confusion. En effet, il en existe de deux espèces qui paraissent reconnaître des causes spécifiques différentes : l'ergot du seigle, *secale cornutum*, serait la cause de l'ergotisme gangréneux ; tandis que l'ergotisme spasmodique, dont l'acrodynie n'est à mes yeux qu'une variété, dépendrait du *raphanum raphanistrum* et d'autres végétaux encore qui peuvent se mêler aux céréales.

C'est pour ne pas avoir tenu compte de ces distinctions, que quelques orateurs que vous venez d'entendre ont émis sur l'étiologie de cette affection des opinions si divergentes. Je n'ai pas, tant s'en faut, la prétention de dissiper l'incertitude qui règne à cet égard ; mais je puis dire, dès à présent, que je ne crois pas qu'on puisse raisonnablement considérer la maladie comme due à une altération de l'atmosphère. Je dois d'abord faire observer que souvent des constitutions atmosphériques semblables à celle des dernières années ont existé sans que rien de semblable à la maladie que M. Tosquinet a décrite ait surgi. On a dit que dans les diverses autopsies on a trouvé des lésions cadavériques différentes, et on en a inféré que la maladie était générale et explicable par la seule altération atmosphérique ; c'est ce que je ne saurais admettre. J'en reviens à la sage distinction établie par M. Tosquinet, en symptômes constants et en symptômes variables : or ceux-ci sont adventitiels et ne tiennent pas à la nature de la maladie.

Les symptômes propres qui existent dès l'instant de l'invasion de la maladie, qui ont été observés partout, et qui tiennent la première place dans toutes les descriptions, attestent une modification irritative de la moelle épinière. J'ai déjà dit pourquoi je doutais que ce fût une inflammation ; mais entre irritation et inflammation, il y a pour moi une énorme différence, surtout au point de vue de la thérapeutique. Je pourrais ajouter encore que j'y reconnais quelque chose de spécifique. Mais abandonnons ces questions de théorie qui paraissent ne pas être bien venues pour le moment, et disons encore un mot de l'étiologie en réponse à ce qui vient d'être dit.

Je me bornerai à une seule observation.

Jusqu'à présent la maladie s'est renfermée dans quelques pri-

sons, et dans les rares circonstances où on en a rencontré des cas hors de leur enceinte, c'est chez des personnes affaiblies par des affections morales, des maladies, des opérations, qu'ils ont été observés. Vous avez entendu l'honorable M. Seutin vous citer le fait d'un de ses amputés qui en a offert un exemple. Plusieurs causes débilitantes concouraient chez lui, vous le sentez, pour l'y prédisposer. Tout ce qu'on a dit est donc on ne peut plus favorable à notre manière de voir, que ce sont les causes débilitantes seules qui en favorisent le développement et la propagation dans les prisons. En effet, les personnes qui en sont de préférence atteintes sont précisément celles qui se trouvent le plus affaiblies.....

Je finis en disant que rien de ce qui a été avancé ne nous autorise à conclure que la cause de la maladie ne réside pas dans la nature de l'alimentation des prisonniers. En vain dira-t-on que les céréales sont les mêmes partout, et que le mal se renferme exclusivement dans les prisons : ce n'est pas, à nos yeux, un motif pour ne pas chercher dans leur détérioration la cause de l'affection qui y règne ; car, encore une fois, il existe dans les prisons des conditions très-nombreuses, toutes spéciales, d'affaiblissement et de prédisposition aux maladies, qu'on ne rencontre pas dans cette même réunion et dans la même mesure ailleurs. Je n'affirme pas que l'altération des céréales est la cause du mal; mais, jusqu'à présent, rien de ce qui a été avancé ne démontre, je dis plus, ne fait présumer le contraire : des investigations ultérieures sont indispensables.

III. Proposition *relative au traitement des fractures;* par M. Seutin, membre titulaire. — M. Phillips, rapporteur.

Suite de la discussion.

— M. Delavacherie : Dans la séance du 25 février 1844, notre honorable collègue, M. Seutin, a fait à la Compagnie une proposition ainsi conçue :

« Dans l'état actuel de la science, l'opinion des praticiens n'est pas encore définitivement arrêtée sur l'utilité de l'application de la méthode amovo-inamovible *dans tous les cas de fracture*, et plus spécialement sur l'opportunité de son emploi immédiat dans les fractures compliquées, comme moyen efficace pour prévenir les accidents consécutifs.

« Plusieurs cas remarquables de fractures comminutives étant traitées en ce moment à l'hôpital Saint-Pierre, j'ai l'honneur de proposer à l'Académie de nommer une commission à l'effet d'aller constater les grands avantages qu'a procurés la méthode appliquée immédiatement à chacun de ces cas.

« Je demande qu'il soit présenté à l'Académie un rapport sur ces faits, la question me paraissant du plus haut intérêt. »

Cette proposition a été prise en considération, et son examen a été confié à une Commission composée de MM. Graux, Lebeau, Tallois, Langlet et Phillips.

Le rapport de cette Commission, fait par notre honorable collègue M. Phillips, et publié le 22 février 1845, renferme les conclusions suivantes :

« 1° Dans les fractures simples, le bandage inamovible, appliqué immédiatement, a sur toutes les autres méthodes de très-grands avantages ;

« 2° Des accidents formidables se développent quelquefois pendant l'application de l'appareil inamovible, de même que dans l'application de la méthode des pansements renouvelés ;

« 3° Et dans le but de compléter le travail qu'elle (la Commission) a commencé, elle vous propose d'engager M. Seutin à donner le plus de publicité possible aux faits de sa clinique. »

La discussion sur ce rapport a été ouverte le 27 avril 1845.

M. Seutin, combattant le rapport de la Commission, se plaint de ce qu'on a généralisé sa proposition, qu'on l'a étendue à tous les cas de fracture. Il dit que « l'application de ses moyens aux fractures simples, ou après la disparition des premiers symptômes, est chose généralement admise aujourd'hui par tous les hommes sans préventions. Il n'a donc pu vouloir éveiller l'attention de l'Académie sur un point d'une pareille évidence..... Ma proposition, ajoute-t-il, telle que je l'avais développée, était un sujet d'une vaste portée *et le seul qui demandât encore des éclaircissements.* »

Après une pareille déclaration, il semblerait que tout ce qui est relatif au traitement des fractures simples doive être exclu de la discussion. Je vous avoue, Messieurs, que je serais au regret que cette interdiction fût adoptée. Mais, heureusement, il n'en saurait être comme M. Seutin le demande : que l'on n'ait à s'occuper que des fractures compliquées. Ce qui est en discussion n'est pas la proposition de M. Seutin, mais bien le rapport de votre Commission. Or, parmi les conclusions, il s'en trouve une, la première, que je crois être en droit de combattre. Et si ce droit que j'invoque était contestable, on ne pourrait me refuser celui de la réplique. Je répondrais alors aux passages du discours de l'honorable collègue qui renferment des allégations que je ne crois pas toutes vraies. Comme j'ai l'intime conviction que tout ce qui concerne le traitement des fractures simples par la méthode amovo-inamovible ne peut pas être considéré comme chose jugée sans appel, j'ai préféré aborder la discussion par les questions les

plus simples que fait surgir la proposition de notre honorable collègue.

Je sollicite donc, Messieurs, la faveur d'être entendu sur les points que je considère comme les plus importants; mon mandat académique et les interpellations adressées m'imposent le devoir de parler.

Avant d'entrer en matière, j'éprouve le besoin de m'expliquer sur un point relatif à la priorité de la découverte du bandage amidonné. Je promets toutefois d'observer fidèlement les décisions de la Compagnie et de ne faire allusion à aucun des sujets qui ont provoqué la mesure qui a été prise sur la proposition de notre honorable collègue M. Fallot.

Des paroles élogieuses pour notre collègue M. Seutin, que j'ai prononcées naguère dans cette enceinte, ont été l'objet de la critique de quelques personnes. Il semblerait que j'aie beaucoup trop dit en m'exprimant de la manière suivante (1) : « Le bandage de Scultet était le seul adopté dans presque toutes les contrées de l'Europe, lorsque notre compatriote, M. Seutin, imagina le bandage amidonné, qui, tout en remplissant mieux qu'aucun autre les indications curatives, permet la déambulation et le mouvement des articulations voisines de l'os fracturé. Cette découverte utile constitue un mode nouveau d'appareil inamovible, qui devrait être adopté, si pas dans tous les cas ni dans toutes les circonstances, du moins dans la plupart. »

Ce langage n'a pas paru à tout le monde l'expression de l'exacte vérité; car il semble que l'on soit disposé à revendiquer la découverte que j'attribue à notre collègue, en faveur de Henri François Ledran (2), qui vivait dans la dernière moitié du dix-huitième siècle.

Quelques citations étant indispensables pour éclaircir cette question, j'ose réclamer un moment votre bienveillante attention.

Il est vrai que dans les œuvres de Ledran (3) sont mentionnés le carton et l'amidon, comme les linges et autres pièces qui servent à confectionner tous les genres d'appareils; mais ce n'est pas à dire pour cela que M. Seutin doive être dépossédé de la propriété de sa précieuse invention. Voyons si le moyen qu'employait Ledran pour solidifier son bandage a quelque ressemblance avec celui dont se sert M. Seutin; car sa découverte porte uniquement sur la nature du liquide destiné à durcir les linges et autres pièces

(1) Discours inédit sur l'histoire de la chirurgie.
(2) En 1765.
(3) Consultations sur la plupart des maladies qui sont du ressort de la chirurgie.

d'appareil. Quant aux attelles, qu'elles soient en bois, en métal, en carton, peu importe ; et puis elles étaient d'ailleurs usitées antérieurement au dix-huitième siècle.

La bouillie de Ledran consiste dans un mélange de blancs d'œufs battus, de vinaigre et de poudre, soit d'amidon, soit de bol d'Arménie, soit de plâtre.

La bouillie de M. Seutin est le liquide amylacé qui résulte de la coction de l'amidon avec de l'eau. Y a-t-il la moindre ressemblance entre ces deux compositions ; ou bien l'une d'elles a-t-elle pu faire naître l'idée de fabriquer l'autre ? Certainement non. Si la préparation de Ledran a été copiée par quelqu'un, ce n'est pas par M. Seutin.

Les préparations employées par Moscati (1) et par Larrey, et qui ont pour bases les blancs d'œufs battus, le vinaigre ou l'extrait de saturne et l'alcool camphré, me semblent plutôt être des imitations de la composition de Ledran, que la colle d'amidon qui n'avait servi jusqu'ici qu'à empeser le linge.

Et puis il est évident que Ledran, en solidifiant les pièces d'appareil, n'a jamais eu l'idée de composer un bandage inamovible. Ce qu'il se proposait tout d'abord par l'application de son défensif, c'était de favoriser la résorption des liquides infiltrés et épanchés dans les parties molles. L'action contentive n'était qu'une propriété accessoire, puisqu'il n'a pas songé à l'inamovibilité des appareils.

Voici le passage du livre de Ledran où il est question de cet appareil :

« Fracture de l'humérus à peu de distance du col, au-dessus de l'insertion du muscle deltoïde (2).

« Voici donc le bandage qu'il convient de faire. Il faut plier un linge en quatre doubles, large seulement de quatre travers de doigt, le couvrir d'un défensif capable de se durcir, fait avec *le bol d'Arménie, ou de l'amidon, ou du plâtre détrempé et battu avec un blanc d'œuf et un peu de vinaigre*, faisant ensemble une bouillie un peu épaisse pour qu'elle sèche plus vite. On pourra, sans éloigner le bras du corps, entourer l'endroit fracturé avec cette compresse, et l'y soutenir avec deux ou trois tours de bande seulement. Le défensif, en se durcissant, fixera en forme de collet les pièces fracturées, de manière à ne pouvoir être dérangées.... »

Fracture de l'humérus chez un enfant nouveau-né (3).

« Je crois qu'il faut s'en tenir au bandage proposé dans la précédente consultation, parce que je le crois suffisant.

(1) *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie.* Paris, 1819, tome IV, page 108.
(2) Ouvrage cité, pages 220-221.
(3) Ouvrage cité, pages 223-224.

« Le corps de l'enfant tiendra lieu d'attelle; ainsi il faut entourer le bras, à l'endroit fracturé, avec un linge couvert de défensif capable de se durcir assez pour faire une espèce de collet assez ferme, *mettre par-dessus deux petites attelles de carton* ou de ce bois qui sert à faire des fourreaux d'épée, et les y soutenir avec trois ou quatre tours de bande seulement.... »

Fracture du fémur (1).

« ..... Les derniers tours du bandage à dix-huit chefs soutiendront des longuettes assez épaisses, ou même de petites attelettes très-minces, le long du progrès de l'os, devant, derrière et sur les côtés.... »

Rien dans ces trois extraits, les seuls où il soit mention d'appareils de l'espèce, ne peut changer mes convictions. Je persiste donc à maintenir que le bandage amidonné est une invention toute moderne, qui appartient tout entière à notre honorable collègue M. Seutin.

Il reste maintenant à savoir si la méthode amovo-inamovible était connue avant que M. Seutin l'ait signalée. Je crois pouvoir avancer qu'il en est du mode d'emploi du moyen comme du moyen lui-même : c'est qu'il appartient aussi et en toute propriété à M. Seutin. Il ne me paraît pas, au moins, que les passages suivants du même livre (2) puissent faire naître du doute à cet égard.

« Détorse au pied (3).

« ..... Il ne peut y avoir une détorse aussi forte sans que la capsule de l'articulation, ses ligaments et ses tendons, qui passent autour, aient souffert une extension forcée; et cela n'a pu se faire sans que beaucoup de filets aponévrotiques et de petits vaisseaux sanguins et autres aient été rompus : l'enflure en est une suite; d'ailleurs la rupture de ces vaisseaux ne peut exister sans qu'il se fasse un épanchement de liqueurs proportionné à la nature de celles qui y coulent, au nombre et au diamètre de ces vaisseaux. Ce qu'il fallait faire d'abord, c'était de soutenir le ressort des vaisseaux par quelque topique astringent, au lieu que l'huile qu'on y a mise n'était capable que de les relâcher : il est encore temps de le faire. Le meilleur défensif dont on puisse se servir en pareil cas, comme dans presque toutes les contusions un peu fortes, c'est le blanc d'œuf battu avec un peu de vinaigre et suffisante quantité de bol d'Arménie en poudre très-fine, le tout mêlé en consistance de bouillie un peu épaisse, étendue sur du linge, dont on couvrira le membre. *Des compresses un peu épaisses, imbibées d'eau saoulée de*

(1) Ouvrage cité, pages 225-226.
(2) Ouvrage cité, pages 225-226.
(3) Idem, pages 135-136.

sel, et fortement exprimées, peuvent y suppléer au besoin..... Les topiques, en se desséchant, se durcissent peu à peu et compriment insensiblement toute la partie ; ce qui produit deux grand effets. Ils soutiennent le ressort des vaisseaux, qui pour la plupart l'ont perdu ; et la compression graduée qu'ils font, en se séchant, sur toute la partie, écarte insensiblement, loin des vaisseaux rompus, le sang et la lymphe qui se sont extravasés. En conséquence, on voit au bout de vingt-quatre heures l'ecchymose s'étendre tout le long du membre, au-dessus et au-dessous de l'endroit contus. Y a-t-il rien qui puisse produire plus promptement la réunion de tous les vaisseaux rompus que ce qui en écarte ainsi le sang, qui, formant plusieurs caillots, est un corps étranger placé précisément à leurs embouchures...

Au bout de vingt-quatre heures ou de trente-six heures, il faudra ôter le défensif, et y substituer les résolutifs les plus capables d'échauffer les liqueurs qui sont infiltrées dans tout le membre, afin d'en hâter la résolution.

Fracture du fémur (1).

« La réduction étant faite suivant les règles de l'art, et les deux portions de l'os maintenues par les deux aides qui ont fait l'extension et la contre-extension, il faut mettre sur la plaie un simple plumasseau de charpie sèche. On entourera ensuite la cuisse avec des compresses chargées d'un défensif, ou *imbibées d'eau saoulée de sel, et très-fort exprimées pour qu'elles se sèchent plus tôt*, puis on remettra le bandage à dix-huit chefs. On aura attention à ne pas trop couvrir la plaie, afin que le sang qui ne peut sortir encore, ou que la lymphe qui se séparera des caillots, à mesure qu'ils se formeront, ait une issue libre, qui l'empêche de séjourner dans la plaie et lui permette de se perdre dans les linges de l'appareil. Quoiqu'il n'en sorte pas pour le présent, il pourra s'en écouler ; car le défensif, qui se sèchera, faisant une compression graduée à toute la cuisse, une portion du sang qui fait l'ecchymose sera obligée de quitter l'endroit de la fracture et abandonnera même une partie de la cuisse, passant de cellule en cellule. Alors une portion sortira par la plaie, pendant qu'une autre s'étendra, le long de la cuisse et de la jambe, dans le tissu cellulaire, c'est-à-dire plus haut et plus bas que la position du défensif. »

Que conclure de ces deux passages, sinon qu'ils démontrent que Ledran était porté plutôt pour les bandages amovibles que pour les bandages inamovibles ? Car il dit explicitement, « *qu'au bout de vingt-quatre ou de trente-six heures, il faut ôter le défensif.* » Il est évident que Ledran, au moyen de son défensif, n'avait d'autre but

(1) Ouvrage cité, pages 225-226.

que ceux qui, avant et après lui, employaient et emploient encore le bandage à dix-huit chefs, le bandage à bandelettes ou la simple bande, en les imprégnant du résolutif de Goulard, ou de tout autre. Ce qui le prouve d'une manière incontestable, ce sont ces passages où il est dit que le défensif pourra être remplacé par de l'eau salée.

Si Ledran a voulu donner de la solidité à son bandage en l'imprégnant d'une bouillie qui a la propriété de le durcir, il n'a pas eu la pensée de laisser cet appareil appliqué jusqu'à la consolidation de la fracture.

Ainsi, je crois pouvoir soutenir encore que la méthode amovo-inamovible, qui n'est qu'une généralisation absolue de l'emploi du bandage amidonné, est une méthode qui appartient exclusivement à M. Seutin. Je ne sais pas, au reste, qu'un autre que notre honorable collègue ait donné le conseil de faire abstraction de tous les autres moyens, pour n'en employer qu'un seul, et toujours le même, sans nul égard aux circonstances qui réclameraient des indications plus rationnelles.

La méthode amovo-inamovible est donc neuve, et diffère essentiellement de tous les autres modes de traiter les fractures, que nous désignerons sous le nom de méthodes anciennes. Ces dernières méthodes, contrairement à celle de M. Seutin, consistent à user de toutes les ressources de l'art suivant les besoins.

M. Seutin, en nous donnant un échantillon des résultats de sa pratique, a eu probablement en vue de nous engager à faire ce qu'il fait, ou, en d'autres termes, à réformer ce que nous faisons. Messieurs, en traduisant de la sorte la pensée de notre honorable collègue, je crois ne m'être pas trompé. Cette pensée me semble clairement exprimée dans un passage du discours qu'il a prononcé dans cette Assemblée, quand il dit : « Ramener les os les uns auprès des autres, les maintenir par une légère compression méthodiquement appliquée, surveiller le bandage et son action sur le membre, l'inciser à temps, saigner le malade, lui administrer l'émétique en lavage, le mettre au repos pendant vingt-quatre heures, ou jusqu'à dessiccation de l'appareil; *voilà le vrai moyen de n'avoir besoin ni de cataplasmes émollients ni d'irrigations d'eau froide.* » Ce langage n'admet pas d'autre interprétation que celle que nous venons de lui donner; il est entièrement d'accord avec l'esprit qui a dicté la proposition que l'on peut résumer dans les termes suivants : quelle que soit la fracture d'un membre, le même mode de traitement doit être adopté, sans avoir égard aux circonstances relatives à la période de la maladie, à l'âge du sujet, à l'état de simplicité ou de complication de la lésion.

Avant de discuter les questions que renferme le problème posé par M. Seutin, il s'agit de s'entendre sur deux choses qui ont des significations différentes, et qu'il faut bien distinguer l'une de l'autre, c'est-à-dire le moyen et la méthode.

Le bandage amidonné, qui ne compte que de fervents partisans, n'est pas la même chose que la méthode amovo-inamovible, qui n'est qu'un mode d'emploi de l'appareil. Cette distinction est d'autant plus importante à établir, que c'est le mode d'application exclusive du bandage, et non le bandage lui-même, qui doit faire l'objet de nos débats. Et je crois être ici l'organe de ceux qui n'ont pas abjuré l'éclectisme dans le traitement des fractures, en déclarant que si M. Seutin se fût borné à faire adopter l'appareil de son invention dans le plus grand nombre des cas, les suffrages unanimes de ses confrères lui auraient été acquis, et pas une voix ne se serait élevée pour le contredire. Mais notre honorable collègue ne se contente pas de nous gratifier d'un moyen contentif précieux et infiniment supérieur à tous ceux qui ont été imaginés jusqu'à nos jours, il prétend encore que le succès du traitement des fractures est subordonné à certaines conditions qu'il a établies. Ainsi, selon lui, il ne suffit pas que ce soit dans le plus grand nombre des cas seulement de fractures des membres que l'on fasse usage du bandage amidonné, il faut que ce soit dans tous les cas indistinctement ; il ne suffit pas qu'on y ait recours à telle ou telle période de la maladie, il faut que ce soit toujours immédiatement après l'accident ; il ne suffit pas que la déambulation soit une distraction dont le malade pourra jouir à son gré, il faut encore que cet exercice entre comme condition essentielle du traitement.

Des principes aussi absolus ne sauraient être admis sans restriction, quelque grande que soit notre confiance dans l'estimable praticien qui les a posés.

Je vais maintenant m'occuper de l'examen de quelques questions que soulèvent ces principes.

Première question. *Est-il des fractures simples des membres pour le traitement desquelles le bandage amidonné est inutile ?*

Un de nos honorables collègues, M. Langlet, vous a dit qu'il ne fait plus rien pour guérir les fractures intra-capsulaires du col du fémur. Je transcris ici le passage qui formule d'une manière précise l'opinion de ce collègue (1) : « Chez les vieillards, la fracture du col du fémur, surtout la fracture intra-capsulaire, ne doit jamais être traitée par l'appareil de M. Seutin..... Je traite et j'ai traité avec succès, par le simple repos, plus de vingt-cinq fractures du

(1) *Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique.* — 1844-1845, tome IV, pag. 648.

col; mes malades n'ont jamais pu supporter la bande qui passe sur la région inférieure de l'abdomen... J'ai souvent appliqué l'appareil dans l'infirmerie dont le service m'est confié : les vieillards blessés le déchiraient la nuit et coupaient les bandes abdominales; ce qui m'a décidé à ne plus y recourir. » Je partage entièrement l'opinion énoncée dans ce passage du discours de M. Langlet. En effet, on se rend difficilement raison de l'utilité d'un bandage contentif, embrassant à la fois tout le membre et le bassin, dans une fracture du col du fémur, à l'intérieur de la capsule et même au dehors de cette enveloppe articulaire. Voyons quels sont les rapports des membres abdominaux avec le tronc. Le fémur s'appuie sur le bassin par l'extrémité interne de son col ; la destination unique et évidente du col est de tenir le corps du fémur éloigné du bassin. Si le col est rompu, le mécanisme de la fracture variera suivant : 1° les causes, directes ou indirectes ; 2° l'espèce, complète ou incomplète ; 3° l'endroit, extra ou intra-capsulaire. Dans tous les cas, soit que les fragments chevauchent, soit que les rapports de leurs axes respectifs soient changés, trois conditions indispensables doivent être remplies pour obtenir une réduction et une coaptation parfaites, savoir : l'abduction du grand trochanter, son abaissement et sa rotation en avant et en dedans. Supposons une fracture transversale avec déplacement suivant l'épaisseur ou suivant la direction : dans ce cas, le plus simple de tous, les muscles élévateurs de la cuisse, aidés par les adducteurs et les rotateurs, entraînent le fragment externe en haut et en dedans. Le fragment interne, au contraire, obéissant au poids du corps, tendra à s'abaisser par son extrémité articulaire, tandis que son extrémité fracturée sera entraînée et élevée par les inégalités et le frottement du fragment interne.

Dans cet état de choses, le grand trochanter étant ramené en avant, et les fragments, bout à bout, étant appuyés directement l'un sur l'autre par une partie de leur épaisseur, le fragment externe, plus haut que l'interne, entraînera celui-ci en bas lorsqu'on pratiquera l'extension du membre, mais en conservant avec lui ses rapports vicieux qui sont entretenus par l'action des adducteurs et des extenseurs.

M. Jules Guyot, à qui nous devons l'explication de ce mécanisme qui fait obstacle à la réduction parfaite des fractures du col du fémur, a poussé plus loin encore ses recherches. Il a remarqué et a fini par démontrer que, dans le cas que nous venons de supposer, plus l'extension est forte, plus le grand trochanter est poussé vers l'iléon; ce qui fait que l'extension pourra rendre au membre toute sa longueur sans que la réduction de la fracture soit opérée.

Maintenant qu'il s'agisse d'un cas de chevauchement : outre le vice signalé pour les cas ordinaires, il s'effectue de plus ce raccourcissement considérable du col; or, ce dernier étant une ligne oblique, son raccourcissement entraîne nécessairement celui du membre. Enfin, outre le raccourcissement, l'extension sans abduction donne lieu à des cals très-difformes, très-peu solides et très-longs à s'établir; il peut même empêcher toute espèce de consolidation. En saurait-il être autrement, puisque tous les muscles qui vont du bassin à la cuisse sont adducteurs et que le col du fémur est leur antagoniste passif? Parmi ces adducteurs, il en est qui sont en même temps élévateurs; mais le plus grand nombre étant exclusivement adducteurs, l'adduction est aussi puissante au moins que l'élévation. Partant de là, M. Jules Guyot a pensé que la première indication à remplir était l'abduction portée au point de rendre au fragment externe assez de liberté pour obéir ensuite à l'action extensive, dans les cas de déplacements suivant l'épaisseur, suivant la direction, ou suivant la longueur. On comprendra aisément que des tractions faites sur le membre ne sauraient le ramener à sa longueur normale avant d'avoir remédié au déplacement des fragments suivant l'épaisseur. Or, pour atteindre ce but, les premières tractions devraient être faites dans la direction du col; ce qui n'est pas facile, puisqu'il n'y a pas de prise sur le grand trochanter. M. Jules Guyot a cherché à surmonter cette difficulté qui sera à jamais un obstacle à l'accomplissement de la seule indication rationnelle. Comparant le col et la diaphyse du fémur à la clavicule et à l'humérus, il agit sur la cuisse comme sur le bras, c'est-à-dire comme sur un levier du premier genre. Après avoir placé un coussinet épais entre les deux cuisses, de manière qu'il soit fixé contre le périnée, il rapproche les deux genoux, dans l'espoir de parvenir à éloigner le fragment externe et à le placer bout à bout avec l'interne. Cette première indication remplie, il fait sur le membre des tractions, afin d'accomplir la deuxième indication, qui consiste à remédier au déplacement suivant l'épaisseur. Quelque bien conçues que soient ces manœuvres, jusqu'à ce jour il ne paraît pas qu'elles aient été suivies de plus de succès que tous les autres moyens de réduction. Nous devons donc le confesser, il n'existe aucun mode d'action capable de lutter contre la puissance qui entretient le déplacement des fragments d'une fracture intra-capsulaire du col du fémur. A quoi bon alors soumettre à une longue et pénible torture de malheureux vieillards, car ce sont eux seuls qui ont le triste privilége d'être affligés de ces sortes de lésions; tandis qu'il est assez démontré que ces fractures ne se consolident jamais sans raccourcissement et

sans déformation du membre? Si encore les innombrables bandages qui ont été proposés n'étaient qu'inutiles, leur emploi, à la rigueur, pourrait être justifié ; mais ils sont tous évidemment nuisibles, et ce qui le prouve, c'est que la plupart des malades, après avoir croupi pendant des mois entiers dans leurs appareils, en proie souvent à des tourments de tous genres, finissent par éprouver la plus grande peine pour marcher, lorsqu'ils n'ont pas la douleur d'être condamnés à passer le reste de leurs jours dans un lit ou dans un fauteuil. Si parmi ces victimes d'un traitement barbare, quelques-unes au moins avaient la perspective de guérir sans difformité, on concevrait la persévérance que l'on met à les torturer ; mais il n'en est rien, et ceux qui ont le bonheur de pouvoir encore marcher, ne le font qu'en boitant presque toujours péniblement, parce que le raccourcissement du membre est inévitable.

L'insuffisance des appareils à extension, à demi-flexion et autres, est chose trop généralement reconnue maintenant pour qu'il faille multiplier les arguments pour établir cette vérité. Il y a plus de dix ans que j'ai cette conviction ; aussi, depuis lors, j'ai agi comme le fait notre collègue M. Langlet, c'est-à-dire que je n'ai plus rien fait pendant quelque temps, et qu'aujourd'hui j'ai adopté les sages préceptes donnés par M. Velpeau. Dès les premiers jours après l'accident, le malade est assis sur le bord de son lit pendant quelques instants et à plusieurs reprises dans la journée. Après quelque temps de cette manœuvre, il est placé au pied de son lit et se soutient à la tablette ; après quoi, il est suspendu sur des béquilles et essaie de faire quelques pas avec l'assistance d'une ou de deux personnes, jusqu'à ce qu'il soit capable de marcher seul, ce qui ne tarde pas à arriver. Cette pratique, qui, comme on le sait, fut suggérée à M. Velpeau par l'indocilité d'un malade qui ne voulut pas conserver son appareil ni rester dans son lit, est pour le moins aussi rationnelle que tous les moyens de traitement à l'aide de bandages. En effet, d'une part, le corps est suspendu sur des béquilles qui prennent un point d'appui sous les aisselles, ce qui fait office de contre-extension ; d'une autre part, le membre fracturé étant abandonné à lui-même, remplit toutes les conditions de l'extension : or, ces deux indications, les seules que l'on puisse remplir en usant de l'un ou de l'autre des appareils recommandés, sont accomplies sans violence aucune et d'une manière bien plus efficace, puisque les parties molles sont libres de tout entourage, dégagées de toute constriction incommode.

La fracture de la clavicule ne nous offre-t-elle pas aussi l'occasion de proclamer l'insuffisance des moyens contentifs? Elle est du nombre de ces maladies chirurgicales sur lesquelles il y a eu le

plus de dissidence au sujet de la thérapeutique. Que conclure de là, sinon que le bandage propre à remplir, pendant toute la durée du traitement, les indications voulues est encore à trouver?

Si l'on en excepte les fractures qui ont lieu dans le tiers ou dans le quart externe de la clavicule, et celles-là sont très-rares, dans toutes les autres fractures de cet os, il s'opère un déplacement des fragments qui dépend et du peu de volume de l'os et de sa position horizontale. Les fragments qui ne se touchent que par une très-petite surface ne peuvent se soutenir mutuellement, et d'autant moins que le bras, dont l'axe est perpendiculaire à celui de la clavicule, tend sans cesse par son poids à entraîner en bas le fragment externe. A cette action passive, qui entraîne le déplacement suivant l'épaisseur, succède une action toute vitale, qui amène le déplacement suivant la longueur. Les muscles sous-clavier, grand pectoral, dorsal et rond, sous-scapulaire, trapèze, etc., en tirant l'épaule en bas, en dedans et en arrière, font chevaucher le fragment externe sur l'interne. Rien n'est plus facile que de faire disparaître ces deux déplacements. L'humérus offre prise pour exercer des tractions dans le sens de l'axe de la clavicule, avec une force suffisante pour vaincre la résistance qu'opposent les muscles contractés. Quant au poids du bras, il n'y a qu'un faible effort à lui opposer. Mais s'il est aisé de remplir momentanément ces indications, il est très-difficile de les maintenir assez longtemps pour que les fragments se consolident dans un état de coaptation parfaite.

Ici, contrairement à ce qui se passe dans la fracture du col du fémur, les puissances qui opèrent les déplacements peuvent être vaincues sans grande peine. Mais la reproduction incessante des déplacements nécessite une lutte de tous les moments, que ne sauraient soutenir les bandages les plus parfaits; et cela est si vrai, que l'appareil capable de fixer le fragment externe en regard du fragment interne ne sera pas souffert par le malade pendant toute la première période de la consolidation du cal. Ou bien la constriction, autour de la poitrine, des circulaires ou du bandage de corps ne sera pas supportée, ou bien la suspension trop exacte du bras, en produisant des excoriations au coude, deviendra trop incommode, et dans les deux cas le bandage devra être relâché; ce qui le met dans l'impossibilité de continuer l'action réductive.

Il est reconnu aujourd'hui que les fractures obliques et transversales dans la grande courbure de la clavicule se consolident très-rarement, les unes sans une diminution plus ou moins notable de la longueur de l'os, les autres sans une difformité qui résulte de la saillie que forme le fragment sternal. Ce résultat presque

constant des traitements le plus sagement dirigés atteste hautement l'impuissance de nos ressources thérapeutiques dans ces sortes de fractures.

Or, si l'ingénieux appareil de Desault, et si tous les autres appareils conçus d'après les mêmes principes, ne peuvent que rendre moins saillante une difformité inévitable, est-il bien nécessaire, chez des hommes, et surtout chez des vieillards, d'user de moyens qui sont d'autant plus incommodes qu'ils agissent d'une manière plus efficace ?

Il serait superflu, après avoir exposé mon opinion au sujet de tous les appareils indistinctement, d'établir un parallèle entre le bandage de Desault, modifié par M. Seutin, et tous les autres bandages; j'ajouterai que, dans presque tous les cas, je me contente de supporter le bras avec la simple écharpe ou bien avec le mouchoir triangulaire, comme le conseille M. Mayor. Pour être rigoureusement vrai, suspendre le bras, ce n'est pas faire abstraction d'un bandage quelconque : on pourrait donc, en quelque sorte, ne pas ranger la fracture de la clavicule à côté de celle du col du fémur; mais que l'on ne perde pas de vue que notre mission est de démontrer qu'à certains agents on attribue des valeurs qu'ils n'ont pas, ou qu'ils ont à un degré infiniment moindre.

Deuxième question. *Est-il des fractures simples des membres pour le traitement desquelles le bandage amidonné n'est pas utile à toutes les périodes ?*

Lorsque les indications curatives doivent varier à des périodes différentes du traitement d'une fracture, un seul et même moyen de contention ne paraît guère propre à atteindre complétement le but que l'on se propose. Toutes les fois que la coaptation parfaite des fragments d'une fracture est subordonnée à l'exagération momentanée d'une position, l'adduction du pied ou de la main par exemple, il serait peu rationnel, seulement pour s'épargner la peine d'appliquer un deuxième appareil, de laisser une partie de membre dans une position vicieuse à laquelle plus tard il faudrait opposer des moyens orthopédiques, pour peu qu'elle eût été conservée un certain temps. Des exemples sont nécessaires pour prouver ce que j'avance. Soit une fracture de l'extrémité inférieure du péroné, avec luxation du pied en dedans, ou seulement avec forte déviation du pied, sans déchirure des ligaments. En pareil cas, le fragment inférieur du péroné obéissant au mouvement d'abduction imprimé au pied, et par la cause fracturante, et par le poids du corps, et par l'action musculaire, éprouvera un mouvement de bascule en vertu duquel son extrémité inférieure, ou la malléole externe, sera portée en dehors, tandis que son extrémité supérieure

sera dirigée en dedans jusqu'à pouvoir toucher la face externe du tibia. Dévié de la sorte, le fragment inférieur cesse d'être en regard du fragment supérieur qui n'est pas susceptible de déplacement, surtout à cet endroit de la jambe. Pour rétablir le contact parfait de ces deux fragments, il ne suffit pas de ramener dans une position moyenne entre l'adduction et l'abduction le pied, qui souvent est déjeté au point que son bord interne répond au sol et sa face plantaire directement en dehors. Cela ne suffit pas, je le répète; car l'exagération du mouvement d'abduction a produit une déviation du fragment inférieur telle, que la puissance qu'il faut pour la faire disparaître ne saurait être obtenue que par l'exagération d'un mouvement du pied en sens contraire. Il faut enfin porter le pied dans un degré d'adduction proportionné à celui de la déviation; ce qui fera basculer le fragment inférieur en sens inverse de la force qui a produit la solution de continuité de l'os. Ce n'est qu'à la faveur de cette manœuvre que, dans certains cas, on parviendra à replacer l'extrémité supérieure du fragment inférieur dans des rapports convenables avec le fragment supérieur. Et ce n'est pas tout : il importe encore que le pied soit maintenu quelque temps dans cette position, afin d'opposer une résistance efficace à la contraction des muscles péroniers latéraux, qui tendraient infailliblement à reproduire la déviation.

L'adduction du pied, dont l'indication a été signalée par Dupuytren, est une condition essentielle pour que la consolidation s'effectue convenablement. Et dans les cas de l'espèce, l'accomplissement de cette condition n'est pas commandé seulement dans le but d'éviter une simple difformité; mais encore cette condition est impérieusement nécessitée pour rendre la marche possible après guérison. A défaut de l'exécution de cette indication, ou les fragments, ne se touchant que par un point de leur circonférence, se souderaient l'un à l'autre d'une manière imparfaite, ou bien les fragments ne se touchant pas du tout, il s'ensuivrait une fausse articulation. Les conséquences d'un cal incomplet, ou de l'absence du cal, seront de rendre la marche incertaine, pénible, douloureuse, et d'exposer le malade à se faire des entorses, des fractures, ou des luxations. On comprendra, du reste, que la malléole externe restant déviée, elle ne touchera plus exactement la face externe de l'astragale, qui, cessant d'être emboîtée parfaitement dans la mortaise tibio-péronéenne, jouira de mouvements trop étendus dans le sens latéral, et entraînera constamment le pied dans l'abduction. On ne saurait nier que la mobilité exagérée de l'astragale ne favorise la production des accidents que nous avons signalés; aussi tous les efforts de l'homme de l'art

doivent tendre à éviter cette mobilité. On y parviendra à l'aide de l'appareil de Dupuytren, c'est-à-dire en fixant le pied dans l'adduction pendant un temps que j'estime ne pas devoir être moindre que douze à quinze jours. Or, tant que la conservation de cet appareil sera jugée nécessaire, le pied, dont le bord externe est dirigé en bas, ne pourra porter sur le sol; donc la déambulation serait, sinon impossible, du moins très-difficile. Ce qui d'ailleurs la contre-indiquerait, c'est l'attelle adductrice, qui, devant toujours un peu dépasser le pied, pourrait être dérangée si le malade ne restait assis ou couché. Cet appareil, comme nous venons de le dire, n'est utile que pendant une partie du temps exigé pour la consolidation; en outre, pour qu'il ne cesse pas de remplir l'indication qu'on se propose, il est quelquefois avantageux de graduer son action adductrice. Pour ce double motif, il ne convient pas de le rendre inamovible. Mais vient le moment où l'adduction a produit tous ses effets : alors il serait aussi nuisible de conserver cette déviation, qu'il était indispensable de la maintenir dans les premiers jours. A cette période du traitement, le pied est ramené dans sa position normale et fléchi à angle droit. Le bandage de la fracture de la jambe étant indiqué, on le rend inamovible, avec d'autant plus de raison qu'il ne s'agit plus que de soutenir le cal jusqu'à ce qu'il ait parcouru ses périodes de cartilaginification et d'ossification. Dès lors, et seulement alors, le malade pourra sans inconvénient se permettre la déambulation. Je pourrais me borner à ces raisonnements, qui sont conformes aux principes posés par l'illustre chirurgien de l'Hôtel-Dieu, principes qui n'ont pas cessé de faire loi dans la science; mais je puis corroborer mes paroles par la citation d'un fait dont j'aurais donné, dans un autre temps, connaissance à la Compagnie, s'il n'eût pas été à propos de vous le relater en cette occasion.

Vers la fin de novembre 1839, une dame âgée de soixante et un ans, d'une forte complexion, fit une chute de quelques pieds de hauteur et se fractura le péroné gauche à son extrémité inférieure. Le pied était porté dans une forte abduction; car, en se relevant, elle s'aperçut qu'il ne reposait plus à terre par sa face plantaire. L'appareil ordinaire pour la fracture de la jambe fut appliqué et maintenu jusqu'à la consolidation, qui ne fut jamais parfaite, à en juger par la difformité que le membre a conservée et la difficulté extrême avec laquelle s'effectuait la marche. Réduite à ne plus pouvoir se déplacer d'une pièce de son appartement à l'autre sans éprouver de vives douleurs, elle vint me consulter dans les premiers jours de septembre 1845, environ six ans après l'accident. Voici quelle était alors la conformation du membre : le pied était

porté dans l'extension, comme dans le pied équin du premier degré ; la malléole tibiale formait à la partie interne de la jambe une saillie qui était très-prononcée toutes les fois que le pied reposait à terre. Au côté externe de la jambe, à 0,06 au-dessus du sommet de la malléole externe, existait une dépression qui devenait aussi plus marquée lorsque le corps prenait un point d'appui sur ce membre. La dépression augmentait en raison directe de l'accroissement de la saillie tibiale, lieu où se faisaient sentir les plus fortes douleurs. Ce qui devrait paraître étrange dans cette déformation du membre, c'est que pendant toute la durée du traitement, le pied avait été maintenu dans la flexion angulaire au moyen d'une pantoufle à l'extrémité digitale de laquelle étaient attachées latéralement des cordons dont les bouts opposés étaient fixés, au-dessous du genou, à l'appareil. Ce n'est que lorsque le bandage a été enlevé, et lorsqu'il a été permis à la malade de marcher, que le pied s'est insensiblement dévié dans le sens de l'extension.

Pour peu que l'on réfléchisse aux conséquences qui devaient résulter de la consolidation vicieuse des fragments de cette fracture, il n'y a pas lieu de s'étonner que la déformation du membre ne soit survenue qu'après coup, et que la difficulté de marcher ait été chaque jour croissante. L'astragale n'étant plus assez exactement embrassé par la mortaise tibio-péronéenne, dont les parois latérales étaient écartées à leur extrémité inférieure, devait permettre au pied des mouvements de latéralité infiniment trop étendus. Or, la conséquence de l'exagération des mouvements de l'articulation tibio-tarsienne devait être infailliblement la déviation du pied en dehors, sens dans lequel les rapports de la mortaise avec l'astragale avaient changé. Cette déformation, due, dès le principe, uniquement au poids du corps, a dû s'accroître plus tard par la contraction des muscles péronéens seuls d'abord, puis tout à la fois par eux et par le tendon d'Achille, dont l'action abductrice prolongée a favorisé la rétraction, qui explique la déviation consécutive, c'est-à-dire l'extension du pied.

Je suis convaincu que si au lieu de placer le membre dans l'appareil ordinaire à fracture de la jambe, on eût suivi les sages préceptes de Dupuytren, la consolidation se fût effectuée sans la moindre difformité.

Il serait difficile de peindre le désespoir de cette malheureuse dame, qui en était réduite à ne plus pouvoir se servir de son membre sans éprouver des souffrances cruelles. Elle invoqua avec instance les secours de l'art, promettant de tout endurer, et décidée à courir toutes les chances d'une opération ou d'un traitement quelconque qui aurait pour résultat de remédier suffisamment

à la difformité pour lui permettre de marcher un peu et sans douleur.

Après m'être assuré que la rétraction du tendon d'Achille seule formait obstacle au redressement du pied, dans le sens de la flexion, j'accédai aux prières de la malade, et tentai de ramener le pied dans sa position normale afin de rendre la marche possible.

Le 11 septembre 1845, assisté de M. le docteur L. Dejardin, agrégé à l'Université de Liége, je pratiquai la section sous-cutanée du tendon d'Achille. Il se fit aussitôt un écartement de 0,04 entre les bouts du tendon divisé, ce qui permit de ramener à l'instant même le pied dans la flexion angulaire. Le membre fut fixé dans cette position au moyen d'un appareil orthopédique disposé de manière à ramener le pied le plus possible dans l'adduction. Le traitement fut long, parce que le membre, qui depuis plusieurs années avait acquis un volume considérable dû à un état œdémateux, fut, à plusieurs reprises, le siége d'un érysipèle qui, chaque fois qu'il se manifestait, exigeait que l'on renonçât momentanément à l'appareil orthopédique. Enfin le temps fit justice de tous les obstacles qui s'opposaient au redressement parfait du pied. Aujourd'hui, la malade appuie sur toute la plante du pied; mais la marche ne peut pas s'effectuer sans douleur. La fausse articulation à l'endroit de la fracture, en permettant au pied une mobilité exagérée, explique la douleur et la gêne dans la déambulation. J'ai lieu d'espérer qu'au moyen d'un appareil qui limitera les mouvements de la totalité de l'astragale, la malade parviendra à se servir de son membre de manière à pouvoir au moins vaquer aux travaux de son ménage, ce qui est l'objet de tous ses vœux.

Tout ce que nous venons de dire, relativement aux fractures de l'extrémité inférieure du péroné, est applicable aux fractures de l'extrémité inférieure du radius. Ces dernières fractures, qui simulent les luxations du poignet avec lesquelles on les confondait avant que Dupuytren eût démontré le contraire, réclament aussi des indications diverses aux différentes époques de leur traitement. Ainsi, dans les déplacements du fragment inférieur avec forte abduction de la main, l'adduction, comme pour la fracture de l'extrémité inférieure du péroné, est indiquée pendant un temps quelconque du traitement, après lequel la main est replacée dans sa position normale. Je n'entrerai pas à cet égard dans de plus longs détails, parce que, dans une autre circonstance, je me suis expliqué au sujet du traitement de ces fractures. Je me bornerai à dire qu'il ne suffit pas de porter la main en dedans pendant le temps nécessaire pour opérer la réduction, mais qu'il faut encore la fixer dans cette position assez longtemps pour que le cal ait une certaine

solidité. L'attelle cubitale de Dupuytren, ou les attelles dorso-palmaires coudées, devront donc rester appliquées pendant toute la durée de la première période du cal. Ce n'est qu'alors que l'appareil définitif des fractures de l'avant-bras peut convenir.

Troisième question. *La méthode amovo-inamovible peut-elle être substituée toujours aux autres modes de traiter les fractures simples?*

Que dans la plupart des fractures simples on préfère le bandage amidonné à tout autre mode de déligation, je le conçois; mais que, semblable à une panacée universelle, ce bandage puisse suppléer à tous les genres de médication que réclament les fractures des membres, j'avoue que j'ai grand'peine à le croire. Et quant à l'application de ce bandage toujours immédiatement après l'accident, c'est là encore une règle à laquelle je me soumettrai très-difficilement. M. Seutin en fait une condition essentielle de succès par sa méthode. Il prétend prévenir la tuméfaction du membre fracturé, en l'entourant d'un bandage qui, soutenant la peau, l'empêche de se laisser trop distendre.

En admettant qu'il soit possible d'éviter le gonflement des parties molles, conséquence inévitable de toute solution de continuité sous-cutanée, oserait-on affirmer que le bandage amidonné seul est capable d'opposer une barrière insurmontable à l'infiltration et à l'épanchement du sang provenant des vaisseaux rompus? Si cette indication était réclamée, je ne fais pas de doute qu'on ne la remplît avec l'ancien appareil de Scultet, ou au moyen de la bande roulée, imprégnée d'un liquide résolutif, tout aussi bien qu'avec l'appareil amidonné.

Mais M. Seutin, qui invoquait tout particulièrement cet argument en faveur de l'application instantanée de son appareil, semble avoir fait une concession importante. En effet, jadis il ne coupait son appareil que lorsque sa dessiccation était effectuée; il fallait trente-six ou quarante-huit heures pour lutter favorablement contre la tendance au gonflement des parties molles qui environnent la fracture. Aujourd'hui, il semble avoir reconnu qu'il est de ces circonstances dans lesquelles non-seulement toute lutte devient inutile, mais même dangereuse. L'expérience lui a démontré qu'il était parfois utile de ne pas contrarier la nature, et qu'il faut couper, même avant complète dessiccation, tout appareil dont la constriction deviendrait incommode pour le malade. M. Seutin, téméraire autrefois, est tombé dans un excès tout contraire, car sa prudence n'a pas d'exemple. Il ne se contente pas d'interroger le malade pour juger du degré de constriction qu'exerce le bandage, il en veut une preuve palpable qui lui donne toutes les garanties sur l'in-

nocuité de son appareil. Maintenant, Messieurs, à quoi se réduit le principe de l'inamovibilité ? Uniquement à simplifier le traitement des fractures, à n'appliquer qu'un seul appareil au lieu de plusieurs. Enfin, l'association de l'amovibilité avec l'inamovibilité me fait l'effet de deux négations dans le langage, c'est-à-dire que la méthode amovo-inamovible, comme agent mécanique, ne diffère en rien des autres modes de contention dont la constriction cependant est mieux graduée suivant les besoins. Voyons maintenant s'il est toujours possible, à une période quelconque de la fracture, de s'opposer à la tuméfaction du membre.

Ainsi que nous venons de le dire, toute solution de continuité d'un os entraîne la rupture d'un nombre plus ou moins considérable de vaisseaux, dont le résultat inévitable est l'épanchement et l'infiltration du sang dans le canal médullaire, entre les fragments, sous le périoste, et finalement dans toutes les parties molles. La tuméfaction de la partie, qui commence à s'opérer à l'instant même, et qui va croissant pendant les premières heures, en est la conséquence. Mettre un obstacle tout d'abord à cette tuméfaction ne me semble être ni facile ni rationnel. Soutenir l'enveloppe cutanée par une contention modérée est l'indication du moment. Exercer plus tard sur le membre une compression graduée, secondée par l'emploi des résolutifs, telle est la seconde indication. En effet, M. Seutin est d'accord avec nous sur ce point, qu'il ne convient pas de comprimer dans les premiers moments d'une fracture ; il répudie cette manière de faire ; il ne veut, comme nous, que la contention, et la preuve, c'est qu'il conseille de rendre amovible son bandage inamovible, en le coupant de façon qu'il représente deux valves. A quoi sert-il alors d'appliquer de suite un appareil qui doit être modifié, afin de satisfaire à toutes les exigences d'une cure, alors surtout que cet appareil exclut l'emploi de moyens dont l'expérience a constaté les bons effets ? Les moyens dont je veux parler sont ceux qui favorisent la résorption des liquides épanchés et infiltrés ; ils consistent dans une compression méthodique, en même temps que l'on fait des irrigations d'eau froide, ou que l'on applique des topiques résolutifs. Et que l'on ne croie pas que l'on fasse toujours impunément abstraction d'une pareille médication. Faute d'y avoir recours, des fractures simples finissent par se compliquer de phlegmon ou de gangrène ; ce qui arrive lorsque les liquides épanchés en trop grande abondance n'ont pas été résorbés. Leur séjour trop prolongé dans le tissu cellulaire provoque une inflammation dont on n'a pas toujours le bonheur d'obtenir la résolution ; et lorsque rien ne peut conjurer l'orage et qu'il survient une inflammation consécutive, des topiques d'un autre genre ne

sont-ils pas indiqués? Il faut donc aussi renoncer aux émollients, qui, comme les résolutifs, ne peuvent s'arranger de l'inamovibilité des appareils? Non, il n'est pas possible de retrancher de la thérapeutique des fractures les irrigations, les résolutifs, les émollients, qui, dans certaines circonstances, sont seuls capables de calmer la douleur, de faire cesser un état inflammatoire. On ne saurait admettre que ces moyens pourront toujours être remplacés par des appareils contentifs et compressifs.

Maintenant, je demanderai à ceux de nos collègues qui souscrivent pour l'adoption exclusive de la méthode amovo-inamovible, mais dans les cas de fractures simples seulement, ce qu'ils entendent par fracture simple. De ce que la solution de continuité d'un os n'est accompagnée ni de plaie, ni de luxation, s'ensuit-il qu'elle est simple dans la vraie acception du mot? Non; car il est des cas dans lesquels les parties molles qui environnent une fracture ont subi, dans une plus ou moins grande étendue, des altérations graves sans que la peau offre d'autres traces que des taches ecchymotiques. Tantôt un ou plusieurs vaisseaux artériels importants sont ouverts, d'autres fois toutes les parties molles ont subi une sorte de broiement. Ces désordres, qui souvent ne sont pas aperçus dans le principe, deviennent des complications très-graves. En pareil cas, la contention seule est-elle capable de modérer l'intensité des accidents? Cela n'est vraiment pas admissible.

Je conviens que les cas de l'espèce ne constituent pas des fractures simples; mais la difficulté de porter tout d'abord le diagnostic peut conduire à l'erreur et faire commettre des méprises graves.

Pendant la période qui succède à celle du gonflement des parties molles, la simple contention ne remplirait pas toutes les indications pour combattre la tuméfaction. Une compression méthodique devient utile, si pas nécessaire, pour que le membre soit toujours exactement embrassé par le bandage. Cette condition de parfaite contention ne saurait être obtenue efficacement que par la compression graduée. Et l'on ne me dira pas que cette condition sera mieux remplie au moyen d'un appareil constitué par deux valves que l'on fera chevaucher l'une sur l'autre, ou dont on retranchera chaque jour quelques millimètres de leur largeur, à mesure qu'il se fera un retrait.

Lorsque les malades ne sont ni désireux ni obligés de déambuler dès les premiers jours, n'est-il pas plus rationnel de se borner à entourer le membre d'un appareil provisoire, en attendant qu'il soit revenu à peu près à son volume normal?

Il reste à savoir ensuite si ce précepte d'appliquer dans tous les

cas le bandage amidonné immédiatement après l'accident, peut être toujours observé. Il arrive fréquemment, et pour plus d'un motif, que les malades ne peuvent pas toujours être secourus à l'instant même où la fracture s'effectue, ni même plusieurs heures après. Souvent, en pareil cas, le membre fracturé devient le siége d'un gonflement plus ou moins considérable, accompagné de douleur. La seule contention sera-t-elle préférable, pour faire cesser promptement le gonflement et la douleur, au bandage, auquel d'autres moyens pourront être associés.

J'ignore ce qui se passe à Bruxelles et ailleurs ; mais je puis assurer qu'à Liége, il arrive fréquemment que les personnes atteintes de fractures ne peuvent recevoir d'assez prompts secours pour qu'on n'ait qu'à prévenir le gonflement au lieu de le combattre. Je dirai que les secours tardifs constituent la règle et les secours instantanés l'exception. Cela tient probablement à des circonstances de localité moins favorables pour nous que pour M. Seutin. Du reste, Messieurs, vous allez en juger. La ville de Liége est entourée d'établissements industriels qui emploient une nombreuse population d'ouvriers habitant les villages environnants. Ces établissements, qui pour la plupart se trouvent à des distances plus ou moins éloignées, alimentent principalement l'hôpital dont le service clinique m'est confié.

Les solutions de continuité des os et des parties molles sont les lésions les plus ordinaires qui se rencontrent parmi cette classe de malades. Quelque promptitude que l'on mette à les diriger vers la ville, ils n'y arrivent souvent que plusieurs jours après l'accident ; presque toujours enfin dans des conditions défavorables pour l'application immédiate de l'appareil amidonné. Je pourrais fournir la preuve de ce que j'avance en produisant ma statistique ; mais je préfère un exemple puisé ailleurs. Le hasard vient de m'en offrir un qui ne sera pas suspecté par notre honorable collègue M. Seutin. Je lis dans le *journal de Médecine* (1) ce passage extrait d'un article intitulé : *Un mot sur le bandage amovo-inamovible ;* par M. M. N. Defraene, chirurgien à Tubize. —Troisième observation. — « Le 6 mars 1845, le nommé Kestemont (J.-B.), d'Ittre, âgé de quarante-huit ans, tempérament sanguin, sabotier, revenait *vers minuit* de Virginal. En marchant dans une ornière, il se tordit le pied droit. Il tomba sans pouvoir se relever. Un camarade qui l'accompagnait alla dans une ferme voisine demander un cheval. On l'y plaça, et on m'amena ce blessé vers *deux heures du matin.* Je reconnus une entorse et soupçonnai la fracture du péroné ;

(1) Tome IV, avril 1846, pages 220-222.

mais le gonflement étant très-fort et la douleur excessive, je dus renoncer à faire d'autres recherches. Cet homme avait encore une lieue à faire pour atteindre son domicile. Je voulus le faire rester chez moi; mais il ne voulut pas y consentir. Je me décidai alors à l'accompagner. Après avoir fait le *pansement qu'exigeaient les circonstances*, nous le remîmes à cheval, et nous arrivâmes chez lui à quatre heures du matin. *Le pied était d'une grosseur effrayante, les douleurs atroces; je craignais une gangrène immédiate.* Je le saignai largement, et les *irrigations d'eau froide furent employées.* Deux heures après, je le saignai de nouveau. Vers midi, le pouls demeurant toujours fort dur, j'ouvris encore la veine. A dater de ce moment, les douleurs diminuèrent un peu; la tension n'était plus aussi forte; les symptômes inquiétants commencèrent à s'amender. Je demeurai chez lui jusqu'au soir pour surveiller l'emploi des moyens mis en usage. Depuis lors, le mieux continua et me permit le lendemain de reconnaître la fracture du péroné, que j'avais soupçonnée. *Le huitième jour, je pus lui appliquer le bandage amidonné* : aucun accident n'est venu entraver la marche de la maladie. Aussitôt la dessiccation du bandage, je lui permis de se lever, et il put, *étant assis*, se livrer au polissage des sabots : il guérit sans claudication. »

Il serait difficile de trouver une observation renfermant des arguments plus favorables à l'opinion que je professe. M. Defraene signale ce fait, à la suite de deux autres, pour démontrer l'utilité du bandage amovo-inamovible ; c'est ce que personne, que je sache, ne contestera. Remarquez bien, Messieurs, ces diverses circonstances : 1° l'accident arrivé à minuit, le malade n'a pu être secouru que deux heures plus tard ; 2° le premier pansement ne consistait pas dans le bandage amidonné ; 3° des irrigations d'eau froide ont été employées; 4° le bandage amidonné n'a été appliqué que le huitième jour.

Eh bien! voilà une fracture de l'espèce de celles que l'on qualifie de *simples*, qui n'a pas été traitée par la méthode amovo-inamovible, pas même par un des plus zélés défenseurs de cette méthode ; et l'on ne doutera pas des intentions de M. Defraene, qui commence son mémoire en ces termes : « La question du bandage amovo-inamovible rencontrant encore quelques détracteurs, je crois qu'il est du devoir de ceux qui exercent l'art chirurgical de fournir leur quote part des observations qu'ils ont pu recueillir..... afin de convaincre ceux qui douteraient encore combien sont grands les avantages que l'on peut en retirer..... et qui termine ainsi : « Ne mettons plus en doute l'utilité du bandage amidonné, il est devenu indispensable. »

Qui oserait après cela affirmer : 1° que le bandage amidonné pourra toujours s'opposer au gonflement d'un membre, quelque instantanée que soit son application ; 2° que ce bandage est le moyen le plus efficace pour combattre un gonflement qui n'a pu être évité ?

En faveur de l'application immédiate du bandage amidonné, on invoque encore la possibilité de la déambulation dès les premiers jours après l'accident. Certes, c'est un bienfait incontestable que la déambulation à laquelle peuvent se livrer les malades dans le cours du traitement d'une fracture des membres inférieurs; mais pour que cette précieuse innovation soit réellement avantageuse, est-il nécessaire qu'on l'accorde immédiatement ? Veuillez, Messieurs, vous rappeler le langage que tiennent la plupart de ceux qui ont le malheur de se briser un membre. Pourrai-je encore marcher? Ne serai-je point estropié ? Voilà de ces paroles que vous aurez entendues maintes fois. En effet, Messieurs, ce qui importe surtout à tous ceux qui se fracturent un membre, c'est de guérir sans difformité, ou avec le moins de difformité possible, et ils se soucient fort peu de sortir de leur lit, et de faire quelques pas dans l'appartement, quelques jours plus tôt ou plus tard. Cette faculté de marcher, alors qu'ils sont dans l'appareil, fort peu la réclament; le plus grand nombre, au contraire, ne se soumet tout d'abord à cette prescription qu'avec une véritable répugnance.

Ainsi, la déambulation, dont je reconnais l'utilité, lorsqu'elle est conseillée en temps opportun, n'est pas, à mon avis, un motif pour recourir immédiatement au bandage définitif dans tous les cas de fracture indistinctement. Si l'on veut bien reconnaître qu'il n'est pas nécessaire de faire déambuler les fracturés dès le deuxième ou le troisième jour, je ne crois pas qu'il faille toujours les soumettre à un seul et même mode de traitement.

Voyons maintenant si la prudence ne dicte pas quelquefois une conduite toute différente. Pour ceux qui, à l'exemple de M. Seutin, font abstraction de la compression, des résolutifs, des irrigations, des émollients, etc., le moindre retard apporté dans l'application du bandage amidonné devra entraver le succès de la cure. Mais pour ceux qui ne partagent pas les craintes manifestées par M. Seutin, et ce ne sont pas les praticiens les moins nombreux, la temporisation a des avantages qui sont attestés par une longue suite d'expériences.

Que faut-il pour qu'une fracture se consolide régulièrement ? Que les fragments se trouvent dans certaines conditions, qui sont : 1° contact ; 2° vitalité suffisante ; 3° immobilité ; 4° pression à un

certain degré des fragments l'un contre l'autre. Pour l'accomplissement de ces conditions, le repos au lit n'est-il pas plus propre que la station, quelque bien entouré et suspendu que soit le membre (la jambe ou la cuisse par exemple) ? Quoi qu'on puisse dire, la position horizontale du membre pendant la première période du cal ne saurait être que favorable à une bonne consolidation : c'est la période pendant laquelle se passe l'opération la plus importante du cal, celle de la cristallisation, s'il m'est permis de me servir de cette expression. Pendant les quelques jours qui sont jugés nécessaires pour ce travail de la nature, qu'il n'est pas possible de hâter, mais bien de retarder et d'entraver, l'immobilité est sans aucun doute l'indication principale. Or, je ne comprends pas l'immobilité parfaite quand le membre n'est pas posé horizontalement, quelles que soient du reste les pièces d'appareil dont il sera entouré. Maintenant, que cette immobilité doive être toujours absolue, et que ce soit une condition essentielle pour que les fragments d'une fracture se consolident, je ne le pense pas; mais qu'on cherche à l'obtenir aussi souvent que possible, c'est ce qu'on ne doit jamais manquer de faire.

Il est encore un argument en faveur de la temporisation : de l'aveu de M. Seutin, le bandage amidonné, bien appliqué et coupé immédiatement après son application (car, si j'ai bien compris, il n'est plus nécessaire d'attendre la dessiccation complète), ne peut plus donner lieu aux accidents terribles qu'on lui a attribués à tort ou à raison. Mais quand ce bandage n'est pas convenablement confectionné (et tous les chirurgiens sont loin de bien l'appliquer), son emploi, immédiatement après l'accident, ne sera-t-il pas dangereux ? Pour les hommes timorés, peu expérimentés, ou trop éloignés des malades dont ils ont entrepris la cure, n'est-il pas plus prudent, pendant les premiers jours, d'user d'un appareil que le patient pourra lui-même relâcher ou serrer au besoin, et de ne recourir à l'appareil définitif que lorsque la période pendant laquelle peuvent survenir des accidents sera écoulée. Lorsque le membre sera détuméfié et peu sensible dans le lieu de la fracture, le bandage amidonné sera d'autant plus efficace, qu'il restera plus exactement appliqué autour des parties qui, à cette période, ne sont plus susceptibles de perdre beaucoup de leur volume et de former un vide qui exige qu'on répare l'enveloppe contentive.

D'après ce qui vient d'être dit pour les fractures simples, et je suis loin d'avoir produit tous mes arguments, je crois pouvoir me dispenser de parler des fractures comminutives, compliquées de

plaies, de luxation, etc. A quoi servirait d'ailleurs de m'étendre davantage ? Si je ne puis adopter les principes établis par M. Seutin dans tous les cas de fractures simples ; à fortiori, je ne saurais les admettre lorsqu'il s'agit de fractures compliquées. Toutefois, à propos de certaines de ces lésions traumatiques, j'ai à émettre une opinion qui est conforme à celle de M. Seutin. Comme lui, je suis d'avis qu'on ne saurait trop se hâter de réduire les fractures. Je suis persuadé que les efforts de réduction, convenablement dirigés, sont moins propres à provoquer des accidents graves que la présence des fragments dans l'épaisseur des chairs, qui quelquefois sont transpercées jusqu'au delà de la peau. La résistance qu'opposent les fragments des fractures des membres, dans la partie diaphysaire des os, est due à la rétraction musculaire ou à la tension des aponévroses : or, cette résistance peut être aisément vaincue par des sections sous-cutanées qui permettent d'opérer la réduction de toutes les fractures qui en sont susceptibles. Les agents antiphlogistiques, quelque puissants d'ailleurs qu'ils soient, ne sauraient combattre une inflammation entretenue par les fragments déplacés, dont le frottement contre les parties molles se renouvellera à chaque mouvement que fera le malade. Tant que la réduction des fragments ne sera pas effectuée, le membre fracturé ne pourra être entouré d'un appareil capable d'empêcher ce frottement qui est une cause incessante d'irritation. La prompte réduction est donc une indication essentielle pour faire cesser les accidents inflammatoires. Toute temporisation, quel qu'en soit le motif, aura pour résultat d'accroître les difficultés de l'opération et les tourments du malade.

En résumé, je déclare :

1° Que le bandage amidonné est l'appareil le plus convenable pour le traitement des fractures des membres ;

2° Qu'il est des fractures dont la consolidation peut s'effectuer sans le secours d'aucun appareil ;

3° Qu'il en est qui réclament, à certaines périodes du traitement, des moyens différents ; indications qui ne sauraient être remplies par un seul et même appareil ;

4° Que dans la plupart des autres cas, à des époques qui varient suivant l'état de simplicité ou de complication des fractures, le bandage amidonné remplira mieux qu'aucun autre appareil toutes les conditions d'une consolidation parfaite.

Ces propositions indiquent ma ligne de conduite dans le traitement des fractures des membres. Ainsi, il n'est pas de bandage

dont j'use plus fréquemment que du bandage amidonné; mais je n'y ai pas recours dans les fractures du col du fémur, de la clavicule; je n'y ai pas toujours recours dans les premiers temps de certaines fractures, par exemple dans celles de l'extrémité inférieure du péroné et de l'extrémité inférieure du radius; enfin je l'emploie rarement immédiatement après l'accident. C'est probablement pour en avoir agi de la sorte que je n'ai eu à déplorer aucun accident qui puisse être attribué au bandage amidonné, dont je me plais encore à proclamer la supériorité sur tous les autres modes de contention.

C'est ici le lieu de rappeler la modification que j'ai apportée au bandage amidonné; voici le passage d'un de mes Mémoires où elle se trouve consignée (1): « Quelles que soient les lésions de continuité des os, simples ou compliquées de plaies, j'entoure tout d'abord le membre d'une pièce d'emplâtre agglutinatif, fendue latéralement comme le bandage à dix-huit chefs, afin qu'elle s'adapte convenablement, sans toutefois exercer de constriction gênante. Cette enveloppe fait office d'aponévrose et s'oppose à la tuméfaction consécutive de la partie, dans la période inflammatoire. Maintes fois j'ai constaté les bons effets de cette pratique, surtout lorsque les parties molles sont dilacérées par les fragments osseux. J'ai évité ces clapiers et ces suppurations interminables qui retardent la consolidation, lorsqu'elles n'amènent pas des accidents plus graves encore. Je supprime la compresse, et je puis, au besoin, remplacer, dans les fractures simples, le bandage de Scultet par une simple bande. *Lorsqu'il s'agit de rendre l'appareil inamovible, la pièce d'emplâtre est infiniment plus utile que les bandelettes de toile, qui se laissent imprégner de bouillie et finissent par être d'un contact désagréable, leur surface étant dure et rugueuse, quelles que soient d'ailleurs la finesse et la souplesse du linge dont elles sont composées. Lorsque l'appareil se relâche par suite de la détuméfaction du membre, l'emplâtre adhérant à la peau, il ne se fait point de frottement, et les fragments restent dans des rapports favorables.* »

Autrefois, pour composer le bandage inamovible, je me servais, pour toutes les fractures, de pièces de carton et d'une bande roulée, ou de bandelettes de toile que je fixais à l'emplâtre au moyen de la bouillie amidonnée; aujourd'hui je n'ai plus recours à cet appareil que pour les fractures de la cuisse: pour celles de la jambe, du

(1) De la compression contre les tumeurs blanches des parties dures. — *Annales de la Société de médecine* de *Gand*, 1839, tome V, pag. 32 à 132.

bras et de l'avant-bras, je remplace le carton et la toile par des bandelettes de papier, comme le fait M. Laugier. Le papier permet mieux que le carton de varier les degrés de solidité que le bandage doit offrir dans certains points plus que dans d'autres. Pour les fractures de l'avant-bras, je remplace les compresses graduées par des rouleaux d'ouate. Cet appareil joint à une grande solidité une extrême légèreté; ce qui le rend moins incommode aux malades.

Je viens d'exposer franchement mon opinion sur la question d'opportunité du bandage amidonné. J'ai parlé de conviction et sans avoir été guidé par un autre sentiment que celui qui seul doit animer les amis de la science. Je ne puis donc terminer sans relever certaines paroles échappées à notre estimable collègue M. Seutin : « ..... L'application de mes moyens aux fractures simples, ou après la disparition des premiers symptômes, dit-il, est chose généralement admise aujourd'hui par *tous les hommes sans préventions...* »

Qu'il me soit permis, Messieurs, de protester hautement contre la qualification d'homme à préventions.

Maintenant, il me reste à déclarer que je ne conteste à notre collègue, M. Seutin, aucun des brillants succès obtenus par sa méthode de traiter les fractures; j'ajouterai que l'habileté et le soin qu'il apporte dans la construction de son appareil, et la surveillance qu'il exerce après son application, expliquent les résultats avantageux qu'il en retire journellement. Il n'est donc pas étonnant que M. Seutin soit persuadé que le bandage amidonné, modifié suivant les circonstances, est un moyen capable de satisfaire à toutes les exigences de la cure d'une fracture. Il est tout naturel, après cela, qu'il cherche à faire partager cette conviction. Mais si nous respectons l'opinion d'un confrère, nous demandons à notre tour qu'il respecte la nôtre, et qu'il ne croie pas que les praticiens qui ne se sont pas ralliés à sa méthode exclusive soient guidés par un esprit d'opposition systématique, Qu'il sache qu'en ne faisant pas comme lui, il n'est pas impossible d'obtenir d'heureux résultats.

En dernière analyse, je crois pouvoir conclure :

1° Que la méthode nouvelle, qui consiste dans le principe de l'inamovibilité unie à l'amovibilité, sous le point de vue de l'action mécanique, diffère peu de la méthode ancienne;

2° Que la méthode ancienne a sur la méthode nouvelle l'avantage de ne pas exclure l'emploi d'autres médications dont l'expérience a sanctionné l'utilité;

3° Que de tous les modes de déligation, le bandage amidonné est celui dont il pourra être fait usage le plus fréquemment dans le traitement des fractures des membres (1).

La discussion sera continuée à la prochaine séance.

La séance est levée à deux heures.

(1) Le moule en plâtre représentant la jambe déformée à la suite de la fracture de l'extrémité inférieure du péroné vicieusement consolidée, a été déposé au local des séances de l'Académie.

MÉTÉOROLOGIE. — *Observatoire royal de Bruxelles.*

AVRIL 1846.	Baromètre réduit à 0°, à 9 h. du matin.	Température centigrade de l'air, à 9 h. du m.	Extrêmes de la température centigrade. Maxim.	Minim.	Hygromètre de Saussure, à 9 h. du m.	Hauteur de l'eau recueillie à midi en millim.	VENTS dominants.	ASPECT GÉNÉRAL DE LA JOURNÉE.
	mm.	°	°	°	°			
1	751,12	+ 9,3	+14,3	+ 7,0	90,0	»	SO.-SSO.	Beau, vent assez fort.
2	745,81	+13,4	+16,1	+ 9,0	86,5	1,27	SSO.	Pluvieux, sale, vent.
3	745,04	+ 9,3	+11,2	+ 5,5	87,0	3,95	SO.-OSO.	Nuageux, pluvieux, vent fort.
4	748,90	+ 7,2	+11,2	+ 6,3	98,0	8,77	S.-OSO.	Sombre, pluvieux; vent le soir.
5	740,83	+11.4	+14,0	+ 7,5	89,0	7,00	OSO.	Pluvieux.
6	735,52	+10,0	+14,2	+ 5,5	99,0	14,77	S.-SO.	Pluvieux.
7	732 81	+ 5,7	+10,1	+ 4,6	94,0	3,18	S.-O.	Nuageux, menaçant.
8	736,97	+ 8,0	+11,2	+ 3,9	89,5	0,76	SO.-NO.	Nuageux, variable.
9	747,22	+ 7,7	+ 9,8	+ 5,1	87,0	1,78	ONO.	Nuageux, assez beau ; belle soirée.
10	755,07	+ 9,3	+13,0	+ 5,2	87,0	»	SO.-OSO.	Beau.
11	750,42	+10,9	+16,3	+ 5,6	79,0	»	SE.-ESE.	Légèrement couvert; temps incertain.
12	745,16	+15,0	+18,2	+10,3	86,5	1,78	S.-SSO.	Temps chaud, nuages légers; éclairs et pluie d'orage le soir.
13	751.46	+13,9	+18.1	+ 8,6	88,0	4,46	SSO.	Temps chaud, nuages légers, orage.
14	753,31	+14,4	+20,0	+ 7,4	88,5	1,27	SSE.-ESE.	Temps chaud, nuages ; après midi, orageux.
15	751,89	+12,4	+15,4	+ 7,7	83,0	2,95	S.	Beau.
16	758,12	+11,9	+17,0	+ 6.1	85,0	»	S.-NNE.	Beau.
17	757,38	+10,9	+12,0	+ 9,2	92,5	0,64	ENE.-NNO.	Sombre, doux.
18	752.93	+11,6	+14,7	+ 8,6	90,0	6,62	N.	Sombre.
19	755,35	+11,6	+13,9	+ 8,2	85,0	0,64	ENE.-NNE.	Gris.
20	757,42	+ 9,7	+12,5	+ 4,2	81,0	»	N.	Gris, ensuite pluvieux.
21	757,25	+ 8,2	+12,2	+ 3,5	87,0	7,89	ONO.-NNO.	Nuageux, quelques fortes averses mêlées de grêle.
22	756,13	+ 9,0	+13 5	+ 3,4	80,0	5,35	OSO.-NE.	Assez beau, nuageux.
23	753,09	+ 9,9	+14,2	+ 4.5	86,0	»	NE.-E.-S.	Beau ; menaçant après midi.
24	753,49	+10,2	+16,2	+ 5,3	90,0	0,25	SSE.	Beau et menaçant.
25	756,77	+13,3	+17,5	+ 6,7	87,5	1,27	SSE.-OSO.	Assez beau.
26	759,24	+ 9,4	+13,4	+ 4,6	95,0	1,15	ENE.-SO.-ONO.	Pluvieux, giboulées.
27	751,68	+ 6,8	+ 8,6	+ 3,2	85,0	6,36	ONO.	Vent, pluie, neige et grêle, giboulées.
28	756,57	+ 8,4	+12,1	+ 3,2	79,0	0,51	OSO.	Assez beau.
29	761,48	+ 8,7	+11,6	+ 4,5	76,5	0,89	NNE.	Beau, nuageux.
30	764,54	+10,5	+11,6	+ 3,3	88,5	»	OSO.-ONO.	Un peu gris, mais beau.

REPRODUCTION ET REVUE

DES

JOURNAUX ETRANGERS.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉTIQ., PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

HYGIÈNE.—1. *De l'influence que l'industrie exerce sur la santé des populations dans les grands centres manufacturiers ;* par M. le docteur THOUVENIN, médecin à Lille. (Mémoire couronné par la Société de médecine de Bordeaux.)

(Journal de Médecine de Bordeaux, avril 1846.)

Depuis une vingtaine d'années, le dépérissement de la classe ouvrière dans les grands centres manufacturiers a vivement intéressé les gouvernements : en Angleterre, en Autriche, en Prusse, aux Etats-Unis, en Russie même, on a promulgué des lois pour l'assainissement des manufactures et pour mettre des limites à la durée du travail des enfants. C'est principalement le peu d'aptitude de la classe ouvrière au service militaire, par sa débilité, sa petite taille, qui a donné l'éveil aux gouvernements. A Lille, où la population ouvrière est la plus chétive de toute la France, d'après les tableaux de recensement faits depuis une quinzaine d'années, il faut annuellement 300 hommes pour en avoir 100 propres au service ; et si l'on n'avait affaire qu'à des ouvriers, je regarde comme positif que l'on n'en trouverait pas plus de 20 sur 100 propres au service, tandis que, parmi les jeunes gens appartenant à des familles aisées, en en trouverait les trois quarts. En 1829, dans la France entière, pour avoir 100 soldats valides, il a fallu 186 hommes : à Rouen, il en fallait 266 ; à Mulhouse, 210 ; à Elbœuf, 268 ; à Nîmes, 247. Ainsi, il est évident que la population ouvrière est inférieure à toutes les autres, et elle l'est malheureusement sous beaucoup de rapports.

En France, ce sont des industriels eux-mêmes qui, frappés du décroissement de plus en plus manifeste de la population ouvrière, ont fait appel au gouvernement pour l'engager à remédier à un état de choses si funeste. En 1839, le président et

les membres du conseil d'administration de la Société industrielle de Mulhouse, et la Société protestante pour l'encouragement de l'instruction primaire en France, ont adressé des pétitions aux deux Chambres pour signaler les abus qui résultent de l'emploi des enfants dans les manufactures, et principalement dans les grands ateliers de filatures.

Déjà, depuis longtemps, la santé des ouvriers des filatures de coton, de laine, de ceux employés aux premières préparations de la soie, avaient été l'objet de l'attention de beaucoup de médecins : Ramazzini, dans son *Traité de Morbis opificum*, et son continuateur, le docteur Pâtissier, dans son *Traité des Maladies des artisans* et de celles qui résultent de diverses professions, avaient parlé longuement du danger de quelques industries. Des médecins de Lille, de Rouen, de Mulhouse, de Thann, de Lyon, de Nîmes, de Montpellier, avaient signalé les inconvénients attachés à certaines professions industrielles, et les avaient désignés comme les causes principales du dépérissement physique de la classe ouvrière.

A ces assertions, on pourrait opposer celles de beaucoup de médecins qui ne voient rien d'insalubre dans la plupart des manufactures, celles d'un grand nombre de filateurs qui se trouvent de père en fils dans les filatures de coton, qui y séjournent presque continuellement, et qui assurent n'avoir jamais éprouvé le moindre inconvénient de l'inspiration continuelle et journalière de l'air de leurs ateliers. M. Ure, dans sa *Philosophie des Manufactures*, regarde les filatures de coton comme le préservatif des scrofules, même à Manchester, malgré le climat très-froid et très-humide de cette ville. On pourrait encore appuyer ces opinions de celle de M. Nassau W. Senior qui dans ses *Lettres sur le factory act* (London, 1837) indique que, dans quelques-uns des districts les plus manufacturiers de l'Angleterre, les ouvriers sont les personnes de la classe laborieuse les mieux portantes et les mieux vêtues ; les filles, en particulier, ont beaucoup meilleure mine que celles de la campagne. Les salaires que gagne chaque famille s'y élèvent au double de ceux qu'elle obtient dans les districts agricoles.

Dans les cantons manufacturiers des Etats-Unis, la santé des ouvriers ne paraît, en aucune manière, inférieure à ce qu'elle est dans les cantons livrés à l'agriculture.

En France, l'Académie des sciences morales et politiques, voulant s'éclairer par des recherches pratiques, a délégué des commissaires pris dans son sein pour parcourir et étudier les grands centres de population industrielle. M. le docteur Vil-

lermé a visité, dans ce but, le nord et l'est de la France; il a consigné le résultat de ses recherches dans un ouvrage en deux volumes, publié en 1840, sous cet intitulé : *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers dans les manufactures de coton, de laine et de soie.*

Les chambres de commerce, la chambre consultative établie au ministère du commerce, les conseils des prudhommes, ont aussi été consultés par le ministre du commerce sur les moyens à prendre pour améliorer l'état physique et moral des ouvriers : le résumé de leurs recherches a été transmis aux Chambres, qui ont adopté une loi relative au travail des enfants dans les manufactures.

Sans me prononcer maintenant en aucune manière sur l'influence plus ou moins dangereuse pour la santé du séjour habituel dans les manufactures, je vais parcourir, avec quelques détails, les professions industrielles les plus répandues; sonder avec attention quels sont les points de ces professions qui peuvent être nuisibles à la santé des ouvriers; examiner ensuite les mœurs de la classe ouvrière dans les principales localités industrielles, et je tâcherai d'en tirer les inductions les plus justes et les plus impartiales sur le plus ou moins d'insalubrité des professions industrielles. Inspecteur du travail des enfants dans les manufactures, dès la création de ces fonctions, dans l'un des arrondissements les plus industriels de la France, j'ai eu occasion de visiter un grand nombre de fois toute espèce de fabrique, de voir les maîtres et les ouvriers dans ces établissements, de juger de la pureté de l'air, de la difficulté, de l'insalubrité du travail; médecin, j'ai pu interroger chaque fabricant sur son industrie, sur ses ouvriers : j'ai suivi ces derniers dans leurs demeures, dans leurs cours, dans leurs caves; je les ai soignés dans leurs maladies; j'ai assisté à leurs repas; je les ai interrogés sur leurs travaux, sur leurs salaires, sur leurs penchants; je les ai vus dans des endroits publics, dans des cabarets, où j'étais appelé par mes fonctions. Ayant parcouru le nord et l'est de la France, ayant pris des renseignements sur les autres localités industrielles auprès de négociants honorables, je m'efforcerai d'aborder la question proposée par la Société de médecine de Bordeaux sur l'influence que l'industrie exerce sur la santé dans les grands centres manufacturiers.

SECTION PREMIÈRE. — CHAPITRE Ier. — *De l'industrie cotonnière.*

En Angleterre, les deux tiers de la population sont livrés à l'industrie, le reste aux travaux agricoles. Le contraire a lieu en

France : les deux tiers s'occupent des travaux de la campagne, et la classe industrielle compte environ onze millions d'individus des deux sexes ; mais le nombre des personnes réellement occupées aux travaux de l'industrie ne peut pas être élevé à plus de cinq millions.

A la fin de 1835 (1), on comptait en France 1448 machines à vapeur : dix départements en avaient à eux seuls 1105 ; ces départements étaient :

Le Nord, qui en comptait. .	297	L'Aisne.	49
La Seine.	197	Le Haut-Rhin.	48
La Loire.	175	Saône-et-Loire.	45
La Seine-Inférieure. . . .	160	Le Gard.	25
Le Rhône.	65	La Marne.	34

Ces machines se trouvaient réparties entre quelques industries principales :

Les filatures en employaient	404	Le tissage des draps. . .	72
Les fabriques et les raffineries de sucre.	112	Les ateliers de construction.	51
Les fonderies, les forges. .	83	Les apprêts d'étoffes. . .	34

Le nombre des machines s'est beaucoup accru depuis cette époque, surtout dans le nord de la France, par suite de l'établissement d'un grand nombre de filatures de lin.

L'industrie cotonnière emploie aujourd'ui en France plus d'un million d'individus, parmi lesquels 150,000 enfants de huit à seize ans. Le coton apporté brut dans les manufactures subit diverses opérations : la première est le battage par lequel on obtient l'élimination d'une grande quantité de poussière et la désagrégation des filaments de cette substance ; il se fait à la mécanique ou à la main. Le battage à la mécanique s'emploie pour le filage du coton en gros et en moyen, et est aujourd'hui presque uniquement usité en Alsace, dans les Vosges, la Seine-Inférieure ; mais dans le département du Nord, où l'on file une grande quantité de coton fin pour tulles et dentelles, le battage à la main est encore en usage dans un grand nombre de filatures. Le battage à la mécanique se fait dans des espèces de tambours où un jeune ouvrier de l'un ou de l'autre sexe introduit continuellement de faibles portions de coton. Ce travail n'est nullement fatigant : l'ouvrage obtenu par le battage à la mécanique nécessiterait l'emploi de cinq ou six hommes s'il était fait à la main.

Autant le battage à la mécanique est peu nuisible à la santé des ouvriers, autant le battage à la baguette est une opération dangereuse. Le coton, posé sur des claies maintenues sur des

(1) Extrait de la *Géographie industrielle et commerciale de la France.*

tréteaux, est frappé continuellement, à tour de bras, avec des baguettes d'osier, et laisse échapper dans l'atelier des nuages de poussière irritante et de duvet cotonneux qui pénètrent dans la bouche, les narines, la gorge, les voies profondes de la respiration, couvrent les vêtements, la figure et les cheveux des ouvriers. On peut ajouter à ces désagréments la fatigue extrême, les mouvements désordonnés et violents des bras et de tout le corps, une position verticale trop prolongée, une transpiration abondante, et par suite la pâleur du visage et l'amaigrissement. Aussi la plupart de ces ouvriers quittent ce genre de travail dès qu'ils trouvent de l'ouvrage ailleurs. Plusieurs fabricants m'ont dit n'avoir jamais gardé plus de deux ou trois ans les ouvriers employés exclusivement au battage du coton à la baguette : cette insalubrité est si généralement admise, que, dans le très-petit nombre de filatures d'Alsace qui nécessitent l'usage du battage à la baguette, les fabricants en chargent successivement et à tour de rôle les ouvriers de tous les ateliers. Il est bien fâcheux que le battage à la mécanique ne puisse pas être employé dans toutes les filatures de coton.

La deuxième opération est le cardage, qui consiste à introduire graduellement et successivement dans plusieurs métiers une portion de coton qui s'allonge et s'amincit jusqu'à devenir propre au filage : ce sont ordinairement des jeunes filles ou des femmes de quinze à vingt-cinq ans, appelées *soigneuses*, qui sont chargées de ce travail nullement fatigant, mais qui exige une grande surveillance et des mouvements continuels, mais très-modérés. Le coton cardé est porté dans les ateliers de filage.

Les ateliers de filage contiennent généralement plusieurs métiers, à chacun desquels sont attachés un fileur et un, deux, trois ou quatre rattacheurs, suivant le plus ou moins grand nombre de broches. Le fileur, tout en s'occupant à rattacher les fils de coton qui se brisent dans son voisinage, est entièrement chargé de la surveillance de son métier et de lui donner l'impulsion nécessaire ; les rattacheurs s'occupent continuellement à rattacher les fils de coton qui se brisent : les uns et les autres sont toujours debout et dans un état de locomotion presque continuelle. Ce travail ne présente directement rien de nuisible à la santé de l'ouvrier, en tant qu'il n'est pas d'une durée trop excessive.

Le fil est ensuite dévidé, mis en écheveaux par de jeunes ouvrières.

Les métiers des filatures de coton sont ordinairement nettoyés le samedi soir ou le dimanche matin. Ces derniers travaux ne présentent rien d'insalubre.

Les opérations du cardage et du filage ont lieu dans de vastes salles qui ont de 20 à 50 mètres de longueur sur 10 à 20 de largeur, et 3 mètres et demi à 4 mètres de hauteur : chaque salle renferme de vingt à trente ouvriers, proportionnellement à son étendue et au nombre des métiers. Tous les ateliers sont fermés, dans la crainte que des courants d'air trop rapides n'occasionnent des déchets de matière première ou ne nuisent à la fabrication des fils. De la poussière et du duvet cotonneux voltigent continuellement dans tous les ateliers et sont respirés par les ouvriers; il est nécessaire d'y entretenir une température assez élevée, et d'autant plus que l'on fabrique des fils plus fins : les gros fils demandent 15° à 16° centigrades, les moyens 10° à 20°, et les fins 20° à 25°.

Malgré le soin de tenir les fenêtres fermées, l'air est constamment renouvelé par l'ouverture fréquente des portes, par le mouvement rapide des métiers, par les ouvertures qui donnent passage aux arbres de fer et aux courroies de transmission des mouvements.

M. le docteur Villermé a mesuré un grand nombre d'ateliers de filatures de coton, pour connaître le volume d'air dont chaque ouvrier dispose. Il a trouvé, terme moyen, dans les ateliers du cardage et du filage, depuis 20 mètres cubes jusqu'à 60 ; dans ceux du tissage à la mécanique, de 17 à 26 mètres cubes, et dans ceux d'impression d'indienne, de 16 à 30, quelquefois davantage.

On ne peut douter qu'il n'y ait dans ces résultats une quantité d'air suffisante à la respiration, quand on saura que le minimum d'espace exigé par le réglement, dans les hôpitaux militaires, est de 20 mètres cubes pour chaque militaire fiévreux ou blessé, et de 18 pour les autres.

La chaleur tempérée qui existe dans tous les ateliers n'est point non plus une cause défavorable à la santé des ouvriers, s'ils ont le soin d'être suffisamment vêtus pendant l'hiver pour ne pas être exposés à une suppression brusque de la transpiration, qui leur ferait contracter des catarrhes ou d'autres affections plus graves des organes respiratoires.

On peut admettre en principe général, reconnu par tous les médecins qui pratiquent dans les villes industrielles, que la réunion d'un grand nombre d'individus, nécessaire dans quelques professions, devient à la longue, pour ceux qui les exercent, la source de quelques maladies. Ce n'est pas d'une manière subite que cette action morbifique se manifeste, mais insensiblement, et après un certain nombre d'années : on voit alors les ouvriers pâlir, prendre une teinte plombée, à mesure qu'ils sont plus

anciens dans l'établissement. A part cet état, dû à l'étiolement, au défaut d'insolation des individus, soit dans leurs fabriques, mais bien plutôt encore dans leurs demeures, je n'ai rien vu, en parcourant la série d'opérations exercées dans les filatures de coton, que le battage à la baguette qui soit une cause directe, incessante et rapide de maladies graves pour ceux qui l'exercent ; car les vastes salles des filatures de coton sont bien autrement salubres que les chambres basses, froides, noires, sales et humides des ouvriers; et ces derniers éviteraient l'étiolement, si les dimanches et fêtes ils allaient se promener en famille à la campagne, au grand air et au soleil, au lieu de se renfermer pendant la plus grande partie de ces jours, et jusque bien avant dans la nuit, dans des cabarets enfumés, d'où ils ne sortent jamais que dans un état d'ivresse et après avoir dépensé, dans de dégoûtantes orgies, ce qui aurait pu suffire à la nourriture de toute la famille pendant deux ou trois jours, et, mieux encore, s'ils avaient une chambre saine, exposée au soleil, au lieu des cloaques infects dans lesquels beaucoup ont fixé leurs demeures.

CHAPITRE II. — *Industrie lainière.*

L'industrie de la laine emploie, en France, plus de 500,000 ouvriers répartis dans beaucoup de départements, mais concentrés spécialement à Tourcoing, Amiens, Abbeville, Louviers, Elbeuf, Rheims, Sedan, Lodève, Carcassonne, Montauban, etc.

Les premières préparations de la laine sont le triage, le lavage, le battage et le peignage.

Le triage des laines en suint consiste à dérouler chaque toison sur des claies en bois, puis à en extraire avec la main les plus grosses ordures et les mèches feutrées qu'elle peut contenir. Ce travail occasionne une saleté extrême et une odeur repoussante parmi les ouvriers qui en sont chargés ; et cependant ils possèdent généralement de l'embonpoint et une bonne santé : les affections auxquelles ils sont le plus sujets sont les furoncles, les érysipèles, les dartres. M. le docteur Pâtissier les regarde comme disposés au charbon et à la pustule maligne. Les divers ouvriers en laine ou marchands peigneurs que j'ai interrogés à ce sujet m'ont dit n'avoir jamais vu ces maladies et n'en avoir pas même entendu parler. Les laines provenant d'Angleterre, ayant été lavées sur le dos même des moutons, n'ont pas le même inconvénient que celles de France, et il serait à désirer que cet usage fût adopté dans notre pays.

Le lavage se fait à froid, mais plus souvent à chaud, dans des cuves remplies d'eau de savon. Au sortir du lavage, la laine est

séchée, puis dégraissée avec de l'urine en putréfaction ou avec un alcali dissous dans de l'eau chaude : elle est derechef séchée, puis portée à la teinture. Ces divers travaux s'exécutant en plein air, n'offrent rien de particulièrement insalubre.

Ensuite vient le battage, qui se fait ou à la mécanique, dans des machines appelées *diables* ou *loups*, ou à la main, en frappant avec des baguettes la laine posée sur des claies maintenues sur des tréteaux : la poussière qui se dégage est beaucoup moins abondante que celle du coton ; d'ailleurs le battage de la laine se faisant en plein air, ou permettant l'ouverture des fenêtres, il y a peu d'absorption par les poumons de molécules de poussière, et à part la fatigue qui en résulte, ce travail ne m'a pas paru avoir d'influence défavorable sur la santé de l'ouvrier.

Le peignage se pratique avec des peignes en acier, chauffés sur du charbon de bois embrasé, placé, dans certains ateliers, dans des fourneaux situés au milieu des salles de travail, sans cheminée d'appel ou tuyaux de tôle communiquant avec l'air extérieur. Cette pratique peut exister sans trop d'inconvénients pendant l'été, parce que les fenêtres sont constamment ouvertes ; mais pendant l'hiver, comme on a soin de fermer les fenêtres, elle peut produire, en effet, les plus graves accidents. Tous les hivers, à Tourcoing, plusieurs ouvriers tombent asphyxiés, et sans les prompts secours de leurs camarades, ils courraient le risque de perdre la vie : on les porte en plein air et on leur fait des affusions d'eau froide, pure ou vinaigrée, en attendant l'arrivée d'un médecin. Nul doute que si plusieurs accidents analogues arrivaient au même individu, ils ne portassent une atteinte profonde à son organisation. Il serait cependant bien facile d'éviter de tels dangers, soit en plaçant des fourneaux dans les cours voisines, soit, ce qui vaudrait beaucoup mieux pour éviter la perte du temps et le refroidissement des fers, en faisant construire, au milieu des ateliers et au-dessus des fourneaux, des cheminées d'appel qui garantiraient les ouvriers de tout accident. Beaucoup d'ouvriers occupés au peignage de la laine portent à la partie externe du doigt indicateur de la main gauche, des durillons très-épais, qui ont quelquefois 3 ou 4 centimètres de longueur sur 2 ou 3 de largeur : ce développement de l'épiderme provient de la forte pression qu'ils exercent sur la laine placée entre le pouce et le doigt indicateur. Ces durillons, qui du reste ne gênent nullement les ouvriers et augmentent même la force du doigt indicateur, peuvent être coupés impunément lorsqu'ils prennent un développement trop considérable.

Le peignage n'offre rien de contraire à la santé, car l'as-

phyxie qui résulte du grand dégagement de l'acide carbonique dans les ateliers, est le résultat de l'incurie des propriétaires.

La laine peignée, appelée aussi *longue*, sert à la fabrication des étoffes de laine fine, comme celles de Roubaix, par exemple.

La laine qui a été battue, que l'on appelle aussi *courte* ou *grasse*, est envoyée dans les filatures pour être cardée : on commence par l'imbiber d'huile, puis on la fait passer successivement dans cinq ou six métiers à carder, qui entremêlent les filaments dans toutes les directions et lui rendent la flexibilité que le dégraissage lui avait fait perdre. La laine cardée sert à la fabrication des draps.

La laine peignée ou longue passe dans dix ou douze métiers successivement avant d'être propre à être filée.

Ces travaux, très-peu fatigants, sont faits d'ordinaire par de jeunes ouvrières appelées *soigneuses*.

Le fileur a ordinairement avec lui deux rattacheurs, généralement plus grands et plus forts que les rattacheurs de coton, parce que la laine étant plus cassante que le coton, exige un travail plus actif et plus fatigant. Les ateliers des filatures de laine sont aussi vastes que ceux de coton, moins chauds que ces derniers, parce que la laine n'exige pas de chaleur pour être filée, et que trop de chaleur en détériore la qualité et y fait naître des mites. L'air y est plus pur, moins chargé de poussière, les fenêtres pouvant rester ouvertes sans nuire à la qualité du travail.

Ainsi, à part la saleté qui résulte pour l'ouvrier des premières opérations qui s'exécutent sur la laine, et les légères affections qui en sont le résultat, la santé n'est exposée à aucune cause d'insalubrité.

CHAPITRE III.— *Industrie linière.*

Le rouissage du lin et du chanvre a lieu en pleine campagne, dans des fosses creusées auprès des rivières : cette opération dégage beaucoup de substance vireuse qui fait périr les poissons qui peuvent avoir accès dans ces fosses ; mais il n'est point à ma connaissance qu'aucun habitant de la campagne en ait éprouvé des inconvénients, le travail se bornant seulement à placer le lin ou le chanvre dans ces fosses, à le maintenir en place par de grosses pierres, et à le retirer après un temps donné.

Le lin et le chanvre sont apportés dans les filatures après avoir été dépouillés de leur partie ligneuse ; alors ils sont soumis au peignage : après quoi on fait le triage, qui laisse ordinairement moitié d'étoupes. Ces dernières opérations, faites par de jeunes ouvriers, dégagent beaucoup de poussière, qui ne paraît cependant

pas avoir autant d'inconvénients que celle du coton. Le lin et le chanvre sont ensuite formés en mèches et portés dans les ateliers de filatures.

Une chaleur humide est nécessaire à la dilatation des filaments de ces substances, et la chaleur est d'autant plus forte que les fils sont plus gros. Dans les réservoirs remplis d'eau que traversent ces fils, la température est quelquefois de 40° à 50° centigrades; aussi les ateliers du filage sont continuellement dans un grand état d'humidité, malgré l'ouverture des portes et des vitraux au sommet des salles : celles-ci sont ordinairement très-vastes, d'une température de 15° à 20° centigrades. Chaque métier, de cent à à cent vingt broches, est seulement surveillé par deux femmes, les fils se cassant très rarement. Les ateliers des rez-de-chaussée étant pavés, sont destinés au filage des plus gros fils, parce qu'alors on ne craint pas de les humecter d'une grande quantité d'eau ; les étages supérieurs sont réservés pour le filage des fils plus fins. La quantité d'eau qui baigne continuellement le pavé des rez-de-chaussée nécessite des sabots pour les ouvriers qui y sont employés : cette chaussure est même usitée dans quelques filatures par tous les ouvriers ; elle garantit leurs pieds du contact de l'humidité. Tous les vêtements s'impreignent d'eau pendant la durée du travail, et si les ouvriers n'ont pas soin de se garantir du froid en sortant des ateliers, s'ils portent l'incurie jusqu'à remettre le lendemain des vêtements qui n'aient pas été privés pendant la nuit de l'humidité de la veille, ils s'exposent à contracter des affections catarrhales et rhumatismales.

La filature du lin, toute récente en France, compte déjà une soixantaine d'établissements situés en majeure partie dans le Nord, parce que c'est dans cette région que croît le meilleur lin, et occupe vingt-cinq à trente mille ouvriers.

Les filatures de chanvre sont principalement situées en Lorraine, en Alsace et dans le Dauphiné.

Dans beaucoup de filatures de lin, on file également les étoupes que l'on obtient après le peignage ; on emploie l'action de l'humidité comme pour le filage du lin. Il existe aussi quelques établissements qui ne filent que des étoupes, tantôt par la voie humide, tantôt par la voie sèche. Quand on file à sec, il est impossible d'imaginer la quantité de poussière qui se dégage, elle n'est comparable qu'à celle qui résulte du battage du coton à la baguette ; mais la poussière des étoupes paraît moins malfaisante que celle du coton, et puis toutes les opérations sur les étoupes se font à la mécanique.

Plusieurs filatures de lin emploient seulement des jeunes filles,

surveillées dans chaque atelier par un contre-maître ; d'autres emploient des jeunes gens des deux sexes, qui ont leurs occupations diverses, et sont dans des ateliers séparés : chacune de ces circonstances est favorable à la moralité des ouvriers.

Ainsi, les seuls inconvénients des filatures de lin, de chanvre et d'étoupes, sont l'excessive humidité du sol et de l'atmosphère, et le dégagement de la poussière. Avec quelques précautions, on préviendra également le danger de l'une et de l'autre, et je donnerai pour exemple plusieurs familles anglaises de ma connaissance, qui, occupées depuis de longues années du filage du lin et des étoupes à l'état sec et à l'état humide, et habitant l'intérieur des établissements, jouissent d'une belle santé.

A l'industrie du lin se rapporte la fabrique de fil de lin retors, concentrée dans le nord de la France, et particulièrement à Lille, où l'on compte soixante fabriques qui réunissent à peu près neuf mille ouvriers.

A voir les figures blêmes, maigres, les jambes torses, déviées dans tous les sens, les gibbosités, la petite taille de beaucoup d'ouvriers de ces fabriques, on serait disposé à les regarder comme les plus insalubres de tous les établissements industriels ; et cependant il n'en est pas ainsi. Plusieurs causes contribuent à montrer dans ces ateliers une population débile : c'est, d'abord, le peu de fatigue que les travaux ordinaires nécessitent, en exceptant le battage et le moulinage du fil ; ce qui fait que beaucoup d'individus qui ne se trouvent pas assez de force pour entrer dans les fabriques où une certaine vigueur est nécessaire, préfèrent le travail aisé des fabriques de fil de lin retors. A cette cause première de faiblesse inhérente aux individus, on peut joindre la mauvaise odeur de ces ateliers, dont les fenêtres sont toujours fermées par suite de l'obstination des ouvriers qui persistent à les tenir closes, malgré le désir contraire de plusieurs chefs de maisons, qui m'ont assuré que le grand air ne serait nullement désavantageux aux produits de leurs fabriques ; ensuite la mauvaise habitude que ces ouvriers ont contractée de se faire apporter à manger dans leurs ateliers, ce qui les oblige à respirer du matin au soir un air vicié par les émanations des substances sur lesquelles ils opèrent, par la poussière, l'odeur, l'humidité, les miasmes de leurs corps. On peut ajouter à ces diverses causes de la débilité de ces ouvriers, la malpropreté, l'insalubrité de leurs chambres, un travail de trop longue durée, surtout pour les enfants, la mauvaise position que ces derniers contractent dans les opérations du dévidage ou du bobinage, en faisant porter habituellement tout le poids de leur corps sur la

jambe droite, par suite de la trop grande distance qui existe entre la main gauche qui tient le fil et la main droite qui fait mouvoir la roue ; situation qui détermine à la longue la déviation des jambes, surtout quand elle est pratiquée dès le jeune âge, avant que le corps ait acquis son développement.

Dans ces fabriques, les ouvriers exposés à la plus grande fatigue sont les moulineurs ; aussi alternent-ils avec d'autres ouvriers. Dans les grands établissements, le battage du fil s'opère à la mécanique ; mais, dans les petits, cette opération s'effectue encore à la main, qui frappe alternativement avec des maillets le fil placé sur des tables situées au rez-de-chaussée ou dans des caves, pour éviter les secousses que l'on imprimerait, partout ailleurs, aux murs et au sol. Les ouvriers chargés de ce travail assez fatigant sont exposés à respirer la poussière qu'ils élèvent et à l'inconvénient du séjour dans des endroits froids et humides.

Ainsi, à part ces derniers désagréments pour l'ouvrier qui travaille dans de petites fabriques, les établissements de fil de lin retors n'offrent directement rien d'insalubre pour la santé : les plus grands inconvénients proviennent entièrement de l'incurie et de l'imprévoyance de l'ouvrier.

CHAPITRE IV. — *Dentelles, blondes, tulles, broderies.*

L'industrie de la dentelle, jadis très-répandue dans le nord de la France, est aujourd'hui beaucoup diminuée par suite de l'emploi du tulle qu'on lui a substitué, ensuite, par suite de la plus grande extension que cette industrie a prise en Belgique. En 1790, on comptait encore dans la ville de Lille treize à quatorze mille dentellières ; ce nombre est aujourd'hui restreint à cinq ou six mille : Le Puy, Arras, Valenciennes, Mirecourt, Caen, en comptaient encore un assez grand nombre ; la fabrication des blondes est surtout concentrée à Caen et à Chantilly. C'est principalement à Lille que la position des dentellières est malheureuse : on peut regarder comme un fait positif que sur cent jeunes filles de cinq à six ans, à qui l'on fait apprendre la fabrication de la dentelle dans un âge aussi tendre et pendant quatre ans, comme l'usage le veut, la moitié au moins à cinquante ans sera bossue ou atteinte d'une des nombreuses affections des yeux, comme l'engorgement des paupières, l'amaurose, la myopie, la cécité, dus à l'extrême fatigue de ces organes, ou d'un des symptômes de la maladie scrofuleuse, et d'une taille beaucoup au-dessous de la moyenne, avec voussure du dos, pâleur et maigreur de la figure ; et cette proportion de femmes infirmes augmente encore avec l'âge. S'il y avait quelque compensation sous

le rapport du gain, on concevrait le nombre considérable d'ouvrières que la fabrication de la dentelle emploie encore dans la ville de Lille; mais il n'en est rien, car les meilleures ouvrières, qui gagnaient 2 et 3 fr. par jour il y a trente ans, gagnent au plus 1 fr. par jour aujourd'hui, en consacrant à ce travail une journée entière, dès cinq à six heures du matin jusqu'à neuf ou dix heures du soir; tandis que celles qui sont mères de famille et livrées au soin du ménage ne gagnent guère que 50 à 60 cent. par jour : les jeunes filles, après un apprentissage de quatre ans, pendant lesquels elles ne gagnent rien, gagnent seulement 1 fr. 50 ou 75 cent. jusqu'à l'âge de seize à dix-sept ans.

Un motif que je regarde comme d'une certaine importance peut engager les mères à faire embrasser cette profession à leurs filles : c'est la surveillance qu'elles peuvent exercer sur elles; mais il y a une foule de professions plus lucratives dans lesquelles les mères auraient le même avantage, ce qui devrait engager beaucoup d'entre elles à ne pas consacrer leurs filles à un état aussi ingrat.

Les causes qui déterminent des accidents fâcheux pour les ouvrières en dentelles sont la position constante du corps pendant toute la durée du jour, l'immobilité presque absolue des extrémités inférieures, l'application continuelle des yeux sur un travail fin et fatigant, mais, pour les ouvrières de Lille, l'habitation des caves, ou de chambres humides et obscures dans les cours, la malpropreté, la mauvaise nourriture, la plupart d'entre elles ayant pour principal aliment du *lait battu* (1). Ce qui me fait attribuer principalement la mauvaise santé des dentellières de Lille à leur habitation et à leur nourriture, c'est la différence remarquable qu'il y a entre les ouvrières de cette ville et celles des autres localités où l'on exerce la même industrie. A Arras, elles sont déjà beaucoup mieux physiquement; mais à Caen, à Mirecourt, à Ipres, à Bruges, elles ne diffèrent aucunement du reste de la population : elles sont peut-être un peu plus sujettes aux affections des yeux. Celles de Lille pourraient éprouver bien de l'amélioration si elles commençaient leur apprentissage moins jeunes, si, au lieu de poser leur carreau sur leurs genoux, elles le plaçaient sur un pupitre élevé depuis le sol jusqu'à quelques centimètres au-dessus de leurs genoux : l'achat de ce pupitre, qui leur suffirait pendant bien des années, ne dépasserait pas 2 fr., et il leur permettrait d'étendre, de raccourcir leurs jambes, en un mot, de changer de position toutes les fois que

(1) Lait privé de sa partie butyreuse.

l'une d'elles deviendrait fatigante. Combien de femmes âgées, occupées depuis longues années à la fabrication de la dentelle, disent éprouver une grande difficulté à mouvoir leurs jambes, quand, après un travail de quatre à cinq heures, elles sont obligées de se lever pour prendre leurs repas et satisfaire à leurs besoins ! Certainement, si dès leur bas âge, quand elles ont commencé à travailler, on leur avait fait contracter l'usage d'un pupitre, le mouvement de leurs jambes serait tout aussi facile chez elles que chez les autres ouvrières, et elles ne seraient pas exposées, comme on en voit beaucoup d'exemples à Lille, à avoir les genoux ankylosés dans leur vieillesse; enfin, le meilleur conseil qu'on puisse leur donner, c'est de quitter l'habitation des caves et des chambres noires et humides.

D'après ce que je viens de dire, on voit que la fabrication de la dentelle n'amènerait directement à sa suite que la fatigue de la vue, et que les autres accidents sont le résultat ou de l'imprévoyance ou de la misère.

La fabrication du tulle, qui était autrefois si importante à Saint-Quentin, s'est étendue dans toute la France, mais plus particulièrement dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais : Saint-Pierre-les-Calais compte aujourd'hui plus de cent cinquante fabricants et deux à trois mille ouvriers. Le voisinage de Birmingham et la facilité de se procurer les nouveaux dessins ont aggloméré cette population ouvrière dans cette petite ville.

Le prix des machines à fabriquer le tulle, lequel était très-élevé il y a quelques années, avait déterminé presque tous les fabricants à faire fonctionner leurs métiers le jour et la nuit, au grand détriment du repos de leurs voisins : les ouvriers alternaient de trois heures en trois heures, la nuit et le jour, dans beaucoup de villes. Les plaintes des habitants ont forcé d'interrompre le travail de nuit, qui se continue cependant encore dans certaines localités et dans les ateliers isolés.

L'industrie du tulle ne présente rien d'insalubre.

La broderie employait, il y a vingt ans, plus de cinquante mille ouvriers dans le département de la Meurthe, surtout à Nancy, Lunéville et les environs, et beaucoup à Paris. Ce nombre est aujourd'hui considérablement diminué : cette circonstance est due à l'abaissement des salaires. Une ouvrière de Nancy ou de Lunéville, qui gagnait 2 fr. il y a vingt ans, gagne à peine aujourd'hui 75 cent.

Ce que j'ai dit du travail de la dentelle peut parfaitement s'appliquer à celui de la broderie, tous deux étant un ouvrage des mains, des yeux, et qui exige l'immobilité du corps. Mais s'il

y a, à la suite de la broderie, quelquefois fatigue des yeux, quelle différence immense n'y a-t-il pas entre le physique des dentellières de Lille et celui des brodeuses de Nancy et de Lunéville? Si la moitié des dentellières de Lille sont scrofuleuses, il n'y en a pas une sur mille parmi les brodeuses : on peut donc en conclure que la broderie n'offre pas de circonstance fâcheuse pour la santé des ouvrières, si ce n'est la fatigue de la vue.

CHAPITRE V. — *De l'industrie de la soie.*

L'industrie de la soie, très-prospère en ce moment, occupe en France au moins trois cent mille ouvriers, disséminés dans les départements du Rhône, de la Loire, de l'Ardèche, de l'Isère, de la Drôme, de Vaucluse, du Gard, des Bouches-du-Rhône, de l'Hérault, de la Lozère, de la Somme, etc.

Le premier travail qui se fait sur la soie est le dévidage ou tirage des cocons, opération qui consiste à faire dissoudre dans de l'eau très-chaude l'enduit qui colle à lui-même le fil unique dont se compose le cocon, à saisir le bout de ce fil, à le tirer pendant que le cocon plonge dans l'eau, à le réunir à d'autres tirés de la même manière et en même temps que lui, pour n'en former qu'un seul plus gros et plus fort, et à dévider celui-ci. Dans quelques départements, à chaque dévidoir est attachée une dévideuse qui a pour elle seule un aide chargé de faire marcher le dévidoir et un fourneau surmonté d'une bassine dans laquelle chauffe l'eau destinée à dissoudre la gomme des cocons; tandis qu'à Lyon et dans les départements que le Rhône arrose, un seul foyer suffit au chauffage de beaucoup de machines, et un seul moteur au mouvement de tous les dévidoirs.

La seconde préparation est l'organsinage ou moulinage, qui consiste à tordre séparément le fil de chaque écheveau obtenu par le tirage, en le dévidant de nouveau, à réunir ces fils en un seul ou en plusieurs, et à répéter l'opération en raison de la force qu'on veut donner au fil. La soie est ensuite teinte, tantôt cuite, tantôt écrue, c'est-à-dire suivant qu'elle a déjà été bouillie ou non.

Le tirage de la soie se fait chaque année, pendant trois mois environ, immédiatement après le tirage des cocons, vers la fin de juin ou dans le courant de juillet; il a lieu, tantôt dans de grands établissements qui renferment, par atelier, depuis dix jusqu'à quarante ouvriers; tantôt en famille, et souvent, à cause de la saison, en plein air, sous des hangars.

Les femmes employées au tirage des cocons sont généralement étrangères aux localités dans lesquelles elles travaillent; elles

appartiennent à la plus pauvre classe et présentent un aspect misérable : leurs mains sont d'une malpropreté dégoûtante, et leurs vêtements dégagent l'odeur infecte de la chrysalide en putréfaction. Je n'admettrai pas pour ces malheureuses femmes la liste de toutes les maladies graves dont les croyaient susceptibles Vincent et Baumes (1), comme les fièvres putrides, les catarrhes, les bouffissures, les crachements de sang, les vomissements, etc. Je les regarde comme disposées par leur état à être affectées de panaris, par suite de l'immersion fréquente des doigts dans de l'eau presque bouillante ; et faisant observer que le tirage des cocons s'effectue presque toujours en plein air et seulement pendant trois mois d'été, et qu'il n'y a par conséquent rien de directement insalubre dans leur travail, je partagerai l'avis de beaucoup de médecins de Lyon, Nîmes et Montpellier, qui ne les regardent pas plus disposées à des maladies sérieuses que d'autres femmes aussi misérables qu'elles.

Le résidu des cocons dépouillés de leur enveloppe extérieure est séché, puis battu et cardé, pour en obtenir la filoselle. Ce battage et ce cardage, faits ordinairement dans des galeries en partie souterraines, éclairées d'un seul côté par des fenêtres exactement fermées, et n'ayant d'autre ouverture que la porte, dégagent des poussières malsaines et abondantes, et disposent les ouvriers chargés de ces opérations à des catarrhes, des ophthalmies chroniques, à l'asthme, à la pneumonie, à l'hémoptysie, à la phthisie, etc. Il est impossible de méconnaître dans le développement de ces affections le résultat d'un principe morbifique et délétère contenu dans la matière soumise au travail : tous les médecins de Nîmes, de Montpellier, d'Uzès, sont d'un avis ananime sur ce point, et ont plusieurs fois manifesté le désir de voir ces opérations dangereuses effectuées par un travail mécanique.

Le filage de la filoselle s'opère à peu près de la même manière que le filage du coton, et ne présente rien d'insalubre.

Toutes ces premières opérations sur la soie exigeant peu de forces, sont faites par beaucoup d'individus à qui la faiblesse de l'âge ou de la constitution permettrait difficilement d'autres travaux. (*La suite à un prochain numéro.*)

(1) *Topographie de la ville de Nîmes*, 1802.

PATHOLOGIE INTERNE.—2. *Mémoire sur le traitement des maladies de l'ouïe;* par M. Bonnafont.

(Gazette médicale de Paris, N° 19, 1846.)

Comme chacun le sait, la connaissance de l'appareil de l'ouïe est hérissée de difficultés. Etude anatomique, interprétation et usage des organes qui entrent dans la composition de cet appareil, tout a exigé un travail et une patience qui ne sauraient se comparer à ce que demande aucun autre appareil des sens. Même après les travaux d'hommes du plus haut mérite qui y ont consacré leur veilles, on en est encore réduit à bien des interprétations hypothétiques : aussi le praticien qui a médité sur les nombreuses affections des oreilles ne peut-il s'empêcher d'exprimer le regret que les Scarpa, les Cotugno, les Breschet, et tant d'autres anatomistes dont les travaux ont enrichi la science auriculaire de si belles découvertes, n'aient pas apporté le même zèle à l'étude de ses maladies. Cette lacune provient de ce que tous ou presque tous n'ont eu pour but que de connaître l'influence des vibrations sonores sur les différentes parties de cet appareil et le jeu de celles-ci pendant le mécanisme de l'audition. C'est là, à notre avis, ce qui explique, jusqu'à un certain point, l'infériorité du diagnostic et de la thérapeutique des maladies des oreilles par rapport aux autres organes (1).

Les maladies de l'appareil de l'audition peuvent se diviser en celles qui affectent : 1° la trompe d'Eustachi, 2° la cavité du tympan, 3° la chaîne des osselets, 4° la membrane du tympan, 5° le conduit auditif externe, 6° enfin le labyrinthe et le limaçon, etc., dont l'altération compromet toujours celle des nerfs acoustiques.

Chacune de ces affections réclame un traitement spécial que nous allons indiquer sommairement dans quelques propositions, en attendant que le temps nous permette de leur donner tout le développement que leur importance exige.

Première proposition. — Quand la surdité est le résultat d'un rétrécissement ou d'une obstruction des trompes consécutif à une phlegmasie aiguë ou chronique de la muqueuse qui les tapisse, il faut d'abord chercher à la combattre par les moyens suivants :

(1) Aidé des travaux d'Itard, de MM. Deleau, Kramer, etc., nous allons à notre tour payer à la pathologie auriculaire le tribut de nos observations et des nombreuses recherches auxquelles nous nous livrons depuis plusieurs années. Heureux si, comme nous l'espérons, nous parvenons à reculer les limites du diagnostic et surtout du traitement des cophoses, qui, de toutes les maladies qui affligent l'espèce humaine, sont celles qui laissent le plus à désirer.

sangsues ou mieux ventouses scarifiées derrière les oreilles, dont l'application devra être renouvelée plusieurs fois, pédiluves sinapisés, vésicatoires volants derrière les oreilles et à la nuque, gargarismes émollients et résolutifs, et enfin cautérisation du pharynx et de l'embouchure de la trompe avec une solution alumineuse d'abord puis avec une solution ammoniacale. Si, malgré ces moyens, la cause de la surdité persiste, il faut recourir aux remèdes locaux, que j'appellerai la partie mécanique du traitement, celle dont le spécialiste a le plus à s'occuper, parce que tous les praticiens peuvent diriger la première partie du traitement, tandis qu'à eux seuls est réservée l'application de la seconde. Dans ces cas, le traitement consiste à rétablir le calibre de ce conduit par des moyens plus actifs et mieux appropriés que ceux employés jusqu'à ce jour. Ainsi, au lieu de simples injections gazeuses qui peuvent à peine débarrasser la trompe des mucosités qu'elle contient, et qui, dans aucun cas, ne sauraient agir assez puissamment sur ses parois pour produire sa dilatation, nous nous servons de petits mandrins en gomme élastique ou en corde à boyau de différents calibres, qui sont introduits dans la trompe au moyen d'une sonde en argent, que, pour des raisons que nous exposerons ailleurs, nous préférons aux sondes en gomme élastique.

Ces mandrins sont montés sur une tige en argent graduée, afin de juger de la profondeur du rétrécissement. Le cathétérisme exécuté par ce procédé n'occasionne de la douleur qu'autant qu'on veut introduire une bougie d'un trop grand calibre relativement au point rétréci. La durée du traitement sera en raison de l'ancienneté de la maladie et de la difficulté de vaincre l'obstacle.

Deuxième proposition. — Le cathétérisme de la trompe est une opération indispensable chaque fois qu'on veut diriger une médication quelconque dans l'oreille moyenne sans toucher à la membrane du tympan. Les seuls remèdes qu'on puisse conduire par cette voie doivent être à l'état de gaz, à moins cependant que le tympan étant déchiré ou détruit, on ne veuille déterger la caisse : alors mieux vaudrait pousser les injections liquides par le conduit auditif externe.

Troisième proposition. — Les remèdes qui peuvent être introduits par la trompe sont tous ceux susceptibles de passer à l'état de gaz ou de fumée ; mais l'éloignement de la caisse et la longueur de la sonde, joints à la petitesse de son calibre, exigent pour cette médication l'emploi d'instruments sans lesquels la force d'émanation seule serait insuffisante, surtout pour les substances qui, comme la gomme résine, etc., ne passent à l'état d'évaporation qu'à une forte chaleur. En effet, le cathéter dont

on se sert n'a pas moins de 15 centim. de long avec un calibre de 2 ou 3 millim. seulement. Le tube qui part du réservoir à vapeur ne peut avoir moins de 10 à 50 centim. ; ajoutez à cela la longueur et la petitesse de la trompe, et il sera impossible d'admettre qu'un médicament qui exige une température élevée pour se maintenir à l'état de gaz, puisse parcourir un aussi long trajet dans un tube froid sans cesser d'être à l'état de vapeur à la fin de sa course. Les personnes qui emploient ce moyen se font complétement illusion et induisent en erreur celles qui le reçoivent. Les gaz qui jouissent d'une grande faculté d'expansion, comme l'éther, l'ammoniaque, peuvent seuls, quand ils ont été concentrés, en élevant un peu leur température, traverser tout le tube jusqu'au tympan. Mais le dégagement de toutes les substances comme les gommes résines ne peut avoir lieu sans le secours d'une pompe aspirante et foulante. Le tube d'aspiration plongeant dans le vase de dégagement et l'autre s'adossant à la douille de la sonde, il est facile de comprendre que la vitesse avec laquelle chaque coup de piston poussera la vapeur ou simplement la fumée ne lui donnera pas le temps de se refroidir. Sans l'aide d'un pareil instrument, je le répète, il n'arrive rien ou presque rien dans l'oreille. Il est encore une autre circonstance qui en réclame impérieusement l'emploi. On comprend que pour que cette médication agisse d'une manière efficace, il ne suffit pas qu'elle arrive lentement dans la caisse du tympan ; il faut, au contraire, qu'elle y soit lancée avec une certaine force, parce qu'alors seulement elle peut s'infiltrer dans toutes les ouvertures qui communiquent de l'oreille moyenne avec le labyrinthe où il est nécessaire qu'elle pénètre pour agir sur le nerf auditif. Il en sera de même quand les fumigations sont dirigées dans le but de combattre une phlegmasie de la trompe ou de la caisse ; seulement alors on ne donnera au piston que la force nécessaire pour y faire arriver la vapeur. Cette pompe, que le premier nous avons employée il y a quatre ans, a d'autres avantages que nous ferons connaître en parlant du moteur de la caisse.

Quatrième proposition. — Pour pratiquer le cathétérisme, nous préférons la sonde en argent à celle en gomme élastique, parce qu'elle est d'une introduction plus facile, qu'elle a l'avantage de présenter, sous un volume égal, un calibre bien plus grand, et qu'une fois introduite elle n'est plus exposée, comme celle en gomme, à être dérangée par l'extraction du mandrin en fil de fer, dont cette dernière doit être armée pour la possibilité de son introduction. Celles en gomme élastique peuvent bien laisser passer l'air ; mais dans aucun cas elles ne sauraient per-

mettre l'introduction du mandrin nécessaire pour dilater les trompes (1).

Cinquième proposition. — Le cathétérisme de la trompe est fait : 1° pour débarrasser le tube des mucosités ou autres corps étrangers qui peuvent s'y arrêter ; 2° pour obtenir sa dilatation ou sa désobstruction ; 3° pour diriger dans le tympan les injections gazeuses ou liquides qu'on veut opposer aux différents cas de cophose ; 4° pour chasser par le conduit auditif externe les différentes matières qui peuvent se trouver épanchées dans la caisse, soit que le tympan ait été déchiré naturellement, ou qu'il ait fallu le perforer avec l'instrument.

Dans le premier cas, il suffit simplement de pousser une colonne d'air avec une petite poire en caoutchouc ou tout autre instrument plus énergique ; dans le second, il faut avoir recours, comme nous l'avons déjà dit, aux sondes à dilatation ; dans le troisième, il est nécessaire de se servir de différents appareils que nous allons faire connaître, et qui doivent varier selon qu'on voudra employer les injections gazeuses froides, comme celles d'éther ou d'ammoniaque, ou bien celles provenant de corps qu'il faut nécessairement faire chauffer pour les réduire à l'état de vapeur, comme la gomme résine et des plantes aromatiques.

Voici comment quelques praticiens conseillent de faire arriver la fumigation éthérée dans l'oreille moyenne. Après avoir introduit une sonde, soit en argent ou en caoutchouc, dans la trompe, et l'avoir fixée au nez avec l'appareil si compliqué et si incommode d'Itard, ou avec un petit instrument plus simple qui pince le bout du nez seulement, ils fixent à l'extrémité de cette sonde le bout d'un tube qui plonge dans un flacon d'éther. Ils prétendent que la force d'évaporation seule de l'éther suffit pour faire parvenir le gaz jusqu'à l'oreille moyenne. La longueur du tube, depuis le flacon jusqu'à la caisse du tympan, et sa petitesse, rendent le passage si difficile qu'à la fin le dégagement est nul ou presque nul. C'est pourtant le seul traitement que j'aie

(1) M. Deleau prétend enfoncer assez loin sa sonde pour vaincre le rétrécissement de la trompe : des expériences nombreuses faites sur le cadavre et sur le vivant nous ont prouvé que la sonde dont se sert notre honorable confrère ne peut pénétrer au delà de 12 millimètres, c'est-à-dire au delà de la partie charnue de la trompe, celle qui se prête à une légère extension. Nous pouvons d'ailleurs affirmer que, sur plus de 200 personnes auxquelles nous avons pratiqué le cathétérisme des trompes, nous n'avons jamais rencontré de rétrécissement dans la portion charnue, et cela se comprend par la grandeur du calibre de cette région ; tandis que nous en avons observé très souvent dans la portion cartilagineuse, au moment où elle se confond avec la portion osseuse de ce conduit. Or, il est impossible que la sonde de M. Deleau puisse arriver jusqu'à cette profondeur.

vu indiquer contre certaines cophoses. C'est bien là le cas de dire : Si ce remède ne fait pas de bien, il ne saurait nuire. Mais c'est un moyen qui permet d'entretenir la confiance du client. Ensuite on a remplacé ce mode insuffisant par les insufflations avec la poire en gomme élastique, dans laquelle on verse quelques gouttes d'éther ou d'ammoniaque. Ces injections, quoique un peu plus fortes, sont aussi insignifiantes que les premières, puisque dans aucun cas elles ne peuvent arriver avec assez d'énergie dans la caisse pour être employées avec quelques chances de succès. Nous ferons la même observation à l'égard des fumigations aromatiques, balsamiques, qu'on dirige dans l'oreille moyenne. Après avoir disposé, dans un appareil convenable, les matières qu'on veut faire évaporer, on adapte le tube de dégagement à l'embouchure de la sonde, et la fumée est obligée de parcourir toute la distance qu'il y a du récipient à la trompe avant de pénétrer jusqu'à la caisse. Or, je demande s'il est possible que la fumée puisse, dans un aussi long trajet et par un tube aussi étroit, conserver une température assez élevée pour arriver jusqu'à la caisse à l'état de vapeur, par la seule impulsion que lui communique sa force de dilatation. Les expériences nombreuses que nous avons faites à ce sujet nous ont donné la conviction que les vapeurs se condensent en grande partie avant d'arriver à l'extrémité de la sonde, et que le dégagement est nul ou presque nul. C'est pourtant là le seul mode de faire parvenir dans l'oreille, par la trompe, les médications diverses qu'emploient les praticiens qui se livrent plus spécialement au traitement des cophoses ; c'est du moins le seul qu'on trouve indiqué dans leurs écrits. Eh bien ! je ne crains pas d'avancer qu'une pareille médication est trop innocente pour produire une modification quelconque dans l'état pathologique de la caisse, et même de la trompe, quoiqu'elle soit moins éloignée. L'ammoniaque et l'éther seuls doivent faire exception, et encore faut-il les soumettre à une température plus élevée pour que la force d'expansion fasse parvenir le gaz à l'autre extrémité de la sonde. C'est après avoir employé pendant trois ans ce traitement et nous être assuré qu'il était physiquement impossible qu'il pût être efficace, que nous lui avons substitué le mode suivant. Avant de l'adopter, nous nous posâmes ces deux questions : Les fumigations ne jouissant pas d'une force de dilatation suffisante pour parcourir, sans se condenser, un tube aussi long et aussi étroit, il fallait, ou chauffer ce tube pour le maintenir à une température assez élevée, ce qui est impossible, ou bien donner aux vapeurs, au moment de leur dégagement, une impulsion telle qu'elle leur fît

parcourir assez rapidement le tube avant qu'elles aient le temps de se refroidir ; condition indispensable, et que nous avons obtenue au moyen d'une pompe aspirante et foulante de notre invention, et adaptée à l'appareil de dégagement, cet instrument aspirant d'un côté la vapeur ou la fumée à mesure qu'elle se dégage, pendant que l'autre soupape, s'adaptant au tube que nous appelons auriculaire, l'oblige à le parcourir avec la rapidité qui lui sera donnée par le piston, et qu'on est libre de modifier à volonté. C'est ainsi que telles substances dont le refroidissement est plus rapide exigent une force d'impulsion plus grande ; tandis que celles qui se maintiennent plus facilement à l'état de vapeur n'ont besoin que d'être légèrement chassées. Dans un travail plus étendu, nous ferons connaître la division que nous avons établie dans les substances qui doivent et qui peuvent être employées par ce moyen : qu'il nous suffise de dire ici que ce nouvel appareil permet de faire parvenir jusqu'à la caisse les médicaments dont l'évaporation est le plus difficile, et de les y condenser assez fortement pour qu'ils puissent y produire tout l'effet qu'on peut en attendre ; condition essentielle et que ne saurait, dans aucun cas, remplir la vapeur livrée à la seule force de son dégagement.

Le cathétérisme est enfin employé pour chasser de la caisse ou du conduit auditif externe le corps étranger qu'on veut expulser au dehors, en injectant par la trompe un grand courant d'air ; mais pour que cette insufflation puisse se faire, il faut nécessairement que le tympan soit perforé. Alors, en effet, quand un corps étranger peu volumineux est profondément engagé dans le conduit auditif externe, on doit, avant toute tentative, essayer de le repousser au moyen de fortes insufflations par la trompe ; mais, je le répète, pour que ce moyen réussisse, il faut que la perforation du tympan soit grande, le corps peu volumineux, et que sa marche dans ce conduit ne soit pas gênée par la présence du cérumen (1). Si l'ouverture du tympan ne fournissait pas un passage assez libre au courant d'air, la commotion imprimée au tympan se communiquant à la chaîne des osselets, il pourrait

(1) M. Deleau assure avoir chassé, par les insufflations, des corps étrangers profondément engagés dans le conduit auditif externe. Loin de nous la pensée de révoquer en doute les assertions de notre honorable confrère : cependant des expériences nombreuses que nous avons faites sur le cadavre nous ont prouvé que ce moyen ne peut réussir qu'autant que les corps sont libres ou peu adhérents ; mais, pour peu qu'ils soient collés aux parois du conduit, les insufflations les plus fortes n'ont aucune action sur eux. En résumé, ce moyen ne peut réussir que sur des corps susceptibles d'être extraits plus facilement par le conduit auditif externe, avec des instruments convenables, tels que la curette de M. Leroy-d'Etiolles, ou la petite pince que nous avons fait faire exprès.

en résulter des accidents graves pour le mécanisme de l'audition.

Maladies de la caisse. — Les maladies de la caisse sont toutes celles que nous avons assignées à la trompe, et peuvent se diviser ainsi : 1° inflammation aiguë, chronique de la membrane qui la tapisse, et que nous mettons au rang des séreuses ; 2° dérangement de la chaîne des osselets.

L'inflammation aiguë de la caisse, qui ordinairement est occasionnée par un refroidissement subit de la tête et des pieds, peut exister seule, quoique le plus souvent elle se lie à celle de la trompe et même du pharynx. Assez fréquemment elle existe seule ; ce qu'il est facile de reconnaître aux symptômes que nous allons indiquer, et à l'absence de toute rougeur à la gorge et de toute douleur par la présence d'un cathéter. Le malade éprouve dans l'oreille un sentiment de tension dont la force est en raison de l'intensité de l'inflammation. Ce sentiment est quelquefois si fort, que le malade réclame à hauts cris une opération quelconque qui puisse donner issue aux gaz qu'il croit avoir dans l'oreille. Cela s'observe surtout quand l'inflammation de la caisse se complique du rétrécissement ou de l'obstruction des trompes. Alors, en effet, la raréfaction de l'air contenu dans l'oreille moyenne ne trouvant pas d'issue par la trompe, comprime le tympan, la fenêtre ronde et ovale, et détermine la sensation dont nous venons de parler. Les bourdonnements sont extrêmes et ne laissent pas un moment de repos. C'est dans des cas pareils que le tympan se déchire quelquefois légèrement en reproduisant un bruit suivi d'un sifflement que le malade compare à la détonation d'un pistolet. La fissure qui se produit alors est toujours située à la partie postéro-inférieure de la membrane et ne dépasse pas 3 ou 4 millimètres ; c'est du moins l'observation que nous avons pu faire sur deux individus qui présentaient ce cas pathologique. Presque toujours cette perforation spontanée du tympan est accompagnée d'une petite hémorrhagie occasionnée par la rupture d'un des petits vaisseaux qui rampent sur la surface interne de la membrane, et dont la plénitude est en raison du degré d'inflammation de la caisse. Soit la perforation elle-même, ou mieux peut-être la déplétion sanguine qui la suit, toujours est-il que cet accident entraîne une amélioration sensible et quelquefois même la guérison. Le malade conserve seulement une légère surdité qui se dissipe avec la cause qui la produisait. Mais les choses ne se passent pas toujours aussi heureusement : la perforation du tympan n'amène souvent qu'une amélioration de courte durée, et les symptômes précités reprennent bien vite la même

acuité. Tant que l'inflammation conserve ce degré d'intensité, le malade éprouve en outre une douleur sur tout le côté correspondant de la face en suivant la direction des différentes branches du nerf facial. Parmi ces douleurs, il en est une surtout qui appartient presque exclusivement à l'inflammation aiguë de la caisse, provenant de l'irritation de la branche du nerf ophthalmique : elle se fixe, en présentant souvent de l'intermittence, à l'angle externe de l'œil, où elle produit un larmoiement parfois fort abondant. Cette douleur oculaire est quelquefois si poignante qu'elle absorbe complétement celle de l'oreille. Cependant l'œil rougit à peine, et n'étaient les larmes qui l'inondent, il ne donnerait aucun signe des souffrances qu'il fait éprouver. Ce symptôme ne dure pas longtemps, et disparaît aussitôt que l'inflammation de la caisse diminue. Jusqu'alors il y a peu ou point d'écoulement par le conduit auditif externe, dont la sensibilité est augmentée et la sécrétion cérumineuse presque supprimée. Mais soit que les accidents n'aient pas été combattus par une médication énergique que nous indiquerons plus tard, soit qu'ils aient résisté à l'action du traitement, l'oreille ne tarde pas à produire un écoulement très-abondant d'un liquide d'abord séro-sanguinolent, mais qui peu à peu devient plus épais, et finit par revêtir tous les caractères du pus. Les symptômes généraux et même locaux disparaissent ordinairement dès que l'écoulement devient un peu abondant et qu'on trouve une issue favorable par l'ouverture du tympan ou par la trompe d'Eustache. Ce n'est qu'à la longue, et après bien du temps, que le pus s'infiltre dans les cellules mastoïdiennes, et la douleur que les malades éprouvent sur l'apophyse mastoïde pendant, la première période, résulte bien plutôt de la surexcitation des nombreux filets nerveux qui rampent sur la surface que de la présence du pus dans la cellule, comme le pensait Itard, et comme l'ont écrit la plupart des nosologistes auriculaires. Les cellules mastoïdiennes ne communiquent pas immédiatement avec la caisse ; elles en sont séparées par des lamelles osseuses qui, bien que très-minces, exigent cependant un certain effort pour être brisées. Or, tant que le pus peut se frayer une issue par la trompe ou par la membrane du tympan, il respecte ces cellules.

L'amélioration qui s'opère dans l'ouïe après l'évacuation des matières épanchées dans la caisse, soit par une ouverture du tympan, soit par la trompe, s'explique facilement par la possibilité qu'ont les sons de franchir sans obstacle l'oreille moyenne et d'arriver jusqu'à l'oreille interne ; mais ce mieux est de courte durée, car la maladie de la caisse persistant, un épanchement

pareil au précédent ne tardera pas à se former et à produire une surdité en rapport avec le degré de plénitude de cette cavité. C'est à une affection pareille de la caisse qu'il faut attribuer un grand nombre de ces surdités intermittentes, dont j'ai rencontré quantité d'exemples, qui cédent facilement à une médication sagement administrée, et qui, longtemps négligées, frappent les individus d'une cophose complète et incurable. Une foule d'accidents peuvent en outre résulter de l'épanchement et du séjour trop prolongé d'un liquide étranger dans l'oreille moyenne.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

3. *Mémoire sur les spasmes musculaires idiopathiques et sur la paralysie nerveuse essentielle*; par M. A. Delpech, ancien interne de l'hôpital Necker.

(Suite : *voir* t. IV, avril 1846, p. 31.)

(Journal de Médecine de M. Trousseau, mai 1846.)

2e *forme, paralysie.* — Les détails étendus que nous avons donnés sur les symptômes de la forme spasmodique pure nous dispenseront de nous appesantir aussi longuement sur les autres variétés qu'il nous reste à étudier. Toutefois, nous donnerons à l'étude de la paralysie nerveuse quelque étendue. Elle mérite, en effet, que l'on examine avec soin en quoi elle diffère de la contracture qu'elle complique si souvent, et quels sont les caractères qui peuvent s'en rapprocher. MM. Tessier et Hermel, qui ont fait de ces deux formes une même affection, se sont contentés d'énoncer leur opinion sans établir les motifs qui les avaient amenés à ce résultat. Nous chercherons à remplir cette lacune, soit en étudiant les symptômes, soit en recherchant la nature de la contracture et de la paralysie essentielles.

Ce n'est qu'à certains égards que la paralysie idiopathique locale diffère du spasme proprement dit. Que l'on ajoute à la rétraction quelques symptômes, soit d'anesthésie, soit de faiblesse musculaire (et plusieurs de nos observations sont précisément dans ce cas) on établira le passage de l'une à l'autre variété considérée isolément. Nous aurions donc pu, en établissant cette transition et les faits extrêmes, les réunir dans une même description : si nous ne l'avons pas fait, c'est afin de mettre plus en relief quelques remarques qui nous préparent à l'appréciation des causes et de la nature même des spasmes.

La paralysie frappe à la fois, comme la douleur et la contracture, deux espèces d'organes, les muscles et la peau. Elle peut en détruire complétement les fonctions; mais elle est le plus

souvent incomplète. Les organes de la locomotion en sont frappés infiniment plus souvent qu'on ne le croit au premier abord, et une simple observation le démontrera facilement. On n'a pas suffisamment réfléchi que, dans les faits les plus habituels, le spasme s'accompagnait d'un certain degré de paralysie musculaire. Le plus souvent, en effet, la contraction ne donne par son intensité, et par les modifications fonctionnelles qu'elle détermine, qu'une bien faible idée de la puissance du muscle. Il reste une propriété contractile encore considérable qui n'est pas mise en jeu, et qui, cependant, dans l'état physiologique, s'ajouterait facilement, sous l'influence de la volonté, aux efforts déjà produits. Mais si le malade, pris d'une simple roideur spasmodique, veut augmenter la quantité de mouvement, la fibre musculaire se refuse le plus souvent à entrer en action. Il y a là bien évidemment une véritable paralysie, une impossibilité absolue d'ajouter à la tension des muscles, dont cependant toute la puissance n'est pas employée. Ce n'est pas à la crainte de la douleur que l'on peut attribuer ce phénomène, et il ne se passe pas ici ce qu'on observe dans une masse musculaire voisine de tumeurs ou de phegmasies intenses, et où les mouvements s'arrêtent empêchés par la souffrance. A ce léger degré de spasme, la douleur est peu considérable, et les muscles ne peuvent souvent pas faire des efforts suffisants pour l'augmenter.

Déjà, dans l'observation III, nous avons rencontré des phénomènes de ce genre. Voici, en général, comment ils se manifestaient chez nos malades.

Jusqu'alors bien portante et voulant donner à son enfant quelques soins, ou le prendre pour l'allaiter, la nouvelle accouchée éprouvait dans les bras une roideur inaccoutumée. Cette roideur s'accompagnait en général de ces engourdissements, de ces picotements légers que nous avons signalés dans la forme contracture où ils sont peut-être plus constants.

Si la mère continuait ses efforts pour saisir son enfant, et que la maladie n'eût encore frappé que les extrémités digitales, elle y parvenait en dirigeant avec les muscles des bras et de la partie supérieure des avant-bras ses poignets et ses mains devenus immobiles. Mais lorsque, par un effort qui se passait surtout dans les épaules et dans les bras, elle l'avait soulevé, ses muscles ne lui donnant pas la sensation du degré de tension auquel ils étaient arrivés, elle le laissait retomber dans son berceau. Le jour, ses efforts sont quelquefois plus heureux : elle se voit agir et peut diriger plus harmoniquement ses mouvements; mais, pendant la nuit, et surtout si la peau, comme on le voit habi-

tuellement, ne perçoit plus nettement les sensations, la mère est fréquemment obligée de renoncer à prendre son enfant auprès d'elle (1). Voilà ce que souvent nos malades nous ont appris, soit du commencement de la maladie, soit du début d'un paroxysme.

Les membres abdominaux sont-ils les premiers atteints, ou bien la malade descend-elle de son lit pour la première fois depuis l'invasion, elle sent dans ses jambes la même roideur ; veut-elle se soutenir, ses muscles ne se contractent que faiblement, elle tomberait si elle ne s'appuyait pas à son lit.

Tels sont, du côté du mouvement, les symptômes les plus fréquents de la paralysie légère, lorsqu'elle s'accompagne d'un certain degré de spasme. Quelquefois, et nous citerons des faits de ce genre quoiqu'ils soient bien moins fréquents, la résolution est complète.

Lorsqu'elle porte sur le système nerveux du sentiment, la paralysie produit souvent les mêmes symptômes, quoique la cause en soit différente. C'est encore par la difficulté de la progression, par l'impossibilité de saisir d'une manière convenable les corps lourds, que la maladie se manifeste. Dans ces cas, comme dans celui que nous avons cité en note, c'est à l'absence de la sensation transmise par la peau que doit être attribuée l'incapacité où se trouve le malade d'apprécier l'effort musculaire. Les sensations peuvent persister, mais en perdant beaucoup de leur netteté et de leur finesse. Plusieurs de nos malades sentaient les objets qu'elles tenaient dans leurs mains plus gros qu'ils ne l'étaient réellement. Quelquefois, ils leur paraissaient enveloppés d'une étoffe épaisse qui en dérobait les contours.

Pour les membres inférieurs, la sensation du contact du sol n'existant plus, la malade ne peut apprécier le moment où le pied trouve un point d'appui, ni saisir par suite celui dans lequel la contraction musculaire doit agir pour soutenir le poids du corps ; aussi la marche est-elle tremblante ou tout à fait impossible, suivant l'intensité de la paralysie, lorsque l'on dit à la malade de regarder à plusieurs pas devant elle. Lorsqu'elle suit, au con-

(1) Il n'est personne qui n'ait observé, dans les anesthésies, dans celles même qui ne sont pas compliquées de paralysie musculaire, la différence qui existe entre les efforts produits par les malades lorsqu'ils se voient agir ou lorsqu'on détourne leur attention. Dans une observation fort curieuse que nous avons recueillie il y a quelques années dans le service de M. le professeur Cruveilhier, nous avons noté plusieurs fois le fait suivant : On donnait au malade, dont les deux mains étaient paralysées du sentiment, un verre qu'il tenait facilement tant qu'il ne le quittait pas des yeux : venait-il à détourner la tête, la peau, insensible, ne lui renvoyait plus la sensation du degré de pression qu'il opérait ; peut-être la tension des muscles eux-mêmes n'était-elle pas convenablement perçue : les mouvements ne pouvaient plus s'harmoniser, et le verre lui échappait aussitôt.

traire, avec soin les mouvements de ses pieds, la progression, quoique encore incertaine, se fait à peu près d'une manière normale. Très-habituellement, cette anesthésie particulière s'accompagne d'une sensation d'engourdissement.

On en trouve des exemples dans plusieurs des observations que nous avons recueillies ; mais jamais, excepté dans un fait que nous allons signaler (observation IV), les accidents n'ont été portés très-loin, et toujours ils se sont heureusement dissipés. D'autres observateurs les ont vus acquérir une intensité plus grande et une gravité bien plus inquiétante. On trouvera, dans le travail de M. Tessier, des observations de cette nature.

Comme la contracture, la paralysie peut se limiter à une moitié du corps, au moins pendant une partie de sa durée. En voici un exemple.

Obs. IV.—Ménard (Rose), âgée de 34 ans, porteuse de pain, demeurant rue de l'Ourcine, 61, est entrée le 26 février au n° 4 de la salle Sainte-Thérèse.

Habituellement bien portante, elle n'a jamais eu d'affections nerveuses spasmodiques. Une seule fois, elle a éprouvé dans les membres des douleurs vives sans gonflement qui ont disparu en quinze jours, et qui paraissent avoir eu le caractère rhumatismal.

Elle a eu trois enfants : les deux premiers ont été envoyés en nourrice ; accouchée du troisième il y a huit mois, elle l'allaite encore maintenant. Elle n'a pas été réglée pendant l'allaitement.

Un peu moins de trois semaines avant son entrée, elle fut prise tout à coup, vers le milieu du jour, d'engourdissements généraux plus vifs dans les deux mains, qu'elle ne pouvait plus remuer ; la marche elle-même était difficile. La nuit se passa sans sommeil ; mais le matin elle put reprendre ses occupations, qu'elle continua jusqu'au 25 février. Toutefois, elle conservait un peu d'engourdissement dans les membres. Il n'y avait d'ailleurs aucun trouble fonctionnel grave ; seulement, l'appétit était moindre, et la malade dormait peu. Le 27 février, dix-septième jour de sa maladie, elle fut forcée de venir à l'hôpital.

Etat actuel (le 29 février). — Céphalalgie du côté gauche, étourdissements, bruissements dans les oreilles ; vue extrêmement confuse à gauche, complète à droite ; rien dans les organes de l'olfaction et de la gustation.

Fourmillements dans les membres thoraciques et abdominaux, avec insensibilité de la peau. La sensibilité est conservée à droite et dans tout le tronc ; elle est un peu obtuse au côté gauche de la face. Les mouvements des membres sont difficiles ; mais cette

difficulté n'est pas en proportion de l'insensibilité. Deux saignées de trois palettes chacune ont été faites, l'une le 27, l'autre le 28; le sang est riche et fortement couenneux. La malade a pris, de plus, la potion suivante :

R.	Eau de mélisse	100 grammes.
	Extrait de valériane.	1
	Teinture de musc.	1
	Sirop de fleurs d'oranger.	15
	Sirop d'éther. . (.	15

Ce matin 29, amendement notable; moins d'engourdissement dans les mains, pas de changement dans les jambes; l'insensibilité persiste, ainsi que la céphalalgie. Pas de fièvre. Aucun accident du côté du cœur. Langue naturelle. Rien du côté du canal intestinal. Saignée de trois palettes.

Le sang de la saignée est très-couenneux.

Le 1er mars. — Le mieux se prononce, les mouvements sont plus faciles, et la roideur est moindre. La sensibilité générale, du côté gauche, est presque entièrement revenue ; la vue est plus nette. On continue la potion. La malade se plaint d'une constipation assez forte, que l'on combat par :

Eau-de-vie allemande. . . . . 30 grammes.

Le 2. — Le membre abdominal seul reste un peu insensible.

Le 4. — Dans la journée, la main gauche se fléchit assez fortement ; la sensibilité diminue. Ces accidents se dissipent d'eux-mêmes, le membre abdominal seul reste paralysé. La malade ne sent pas la terre de ce côté lorsqu'elle marche.

Le 9. — L'engourdissement s'est développé dans les deux mains; il a également pris les deux jambes. Bourdonnements d'oreille, vue nette. Pas de contracture. Pas de garde-robes depuis la purgation.

Eau-de-vie allemande. . . . . 30 grammes.

La potion a produit dix garde-robes.

Le 10. — Les membres abdominaux sont revenus à l'état normal ; mais les membres thoraciques sont le siége d'une convulsion tonique intense avec prédominance de l'action des fléchisseurs. La malade éprouve de vives souffrances lorsqu'on veut redresser les doigts fléchis sur la main ou étendre l'avant-bras. Ces douleurs coïncident avec une anesthésie complète de la peau des membres. Il n'y a plus de céphalalgie, la vue est parfaitement nette. Agitation, sueur; pouls fort, 120 pulsations.—Une saignée de trois palettes. — Le sang est couenneux, très-rétracté, à bords

relevés. — Dès le soir, tous les accidents cessent, la malade est calme; la fièvre, la contracture, l'anesthésie, ont disparu.

Le 11. — Le mieux persiste.

— Notre observation se trouve interrompue pendant un mois par la perte d'une feuille sur laquelle elle était consignée. Pendant ce laps de temps, les accidents se sont produits de nouveau plus effrayants que jamais. La contracture et la paralysie, avec cette mobilité singulière que nous offre le commencement de l'observation, ont successivement occupé et quitté tous les membres et même la face ; arrivés à leur plus grand développement, ils nous ont donné des inquiétudes sérieuses. Les membres étaient violemment rétractés et fléchis, des douleurs vives accompagnaient le spasme. La face était entraînée fortement du côté gauche par une contraction musculaire tonique, et l'œil gauche, maintenu ouvert par la convulsion violente et continue des abaisseurs de la paupière inférieure, était de plus entraîné dans un strabisme externe très-prononcé. La malade, effrayée par ces terribles symptômes, exprimait l'anxiété la plus profonde, et nous ne pouvions nous défendre d'une crainte que diminuait la croyance que nous avions affaire à une affection rhumatoïde. Tous ces affreux accidents se dissipèrent pourtant sans laisser de traces.

Dans les derniers temps de son séjour, la malade fut prise d'une légère diathèse de suppuration, de tournioles multiples, qui cédèrent à l'emploi de bains sulfureux. Vers le milieu d'avril, quelques étourdissements survinrent; une nouvelle saignée fut faite. Le sang produisit un caillot adhérent au vase, large, riche, et ne présentant dans sa partie moyenne qu'une teinte d'un blanc-jaunâtre.

La santé resta parfaite jusqu'au 6 juin, époque de la sortie de la malade.

Nous noterons dans cette observation intéressante la mobilité et tout à la fois la vivacité des phénomènes convulsifs, la douleur unie à l'anesthésie, le spasme à la paralysie, la contracture musculaire de la face et le strabisme.

Les symptômes généraux assez marqués, la céphalalgie, les étourdissements, la forme hémiplégique dans le principe, pourraient faire penser à une lésion cérébrale; nous ferons remarquer que le peu de persistance de ces accidents suffirait pour éloigner cette idée. Mais nous ajouterons de plus que la céphalalgie hémiplégique siégeait du même côté que la paralysie. Nous indiquerons plus tard la nature de ces accidents céphaliques.

Nous n'avons signalé encore que dans les membres l'existence

de la paralysie nerveuse ; on vient de voir qu'elle pouvait occuper les joues. En général, elle n'occupe à la fois que l'une d'elles, et elle peut porter soit sur les muscles, soit sur la peau.

L'anesthésie, unie à de vives douleurs qui rapprochent la paralysie essentielle des paralysies que les névralgies déterminent, nous servira plus tard pour établir l'origine et la nature de la maladie que nous étudions.

Dans l'observation qui précède, la paralysie disparaissait rapidement et ne laissait pas de traces : il n'en est pas toujours ainsi. Assez souvent même elle résiste bien plus longtemps que la contracture, ses paroxysmes sont plus prolongés, et la guérison ne s'opère que par degrés. Les malades commencent à marcher plus facilement, à se mieux servir de leurs mains, à sentir les corps lourds et volumineux; mais pendant quelque temps encore ils ne peuvent saisir les corps légers d'un petit volume. Ainsi, les femmes qui avaient été frappées de paralysie partielle ne pouvaient attacher leurs épingles. La cessation de ce dernier symptôme était le signe d'une complète guérison.

La paralysie essentielle peut frapper à la fois toute une moitié du corps; mais elle peut aussi se borner à un très-petit nombre de muscles. Dans l'observation qu'on va lire, après avoir été précédée d'un sentiment général de faiblesse, elle apparut tout à coup dans les muscles de la partie postérieure du cou, qui furent complétement paralysés. Cette singulière affection se dissipa d'ailleurs avec facilité.

Obs. V. — Gallet (Victoire), âgée de 30 ans, piqueuse de bottines, demeurant rue de la Cordonnerie, n° 15, est entrée le 28 mars 1846 au n° 4 de la salle Sainte-Julie.

Habituellement bien réglée, elle n'a jamais eu d'affections rhumatismales ni spasmodiques; elle n'éprouvait pas plus habituellement des crampes que toute autre personne dans l'état de santé : elles étaient plus fréquentes pendant ses grossesses.

Elle a eu trois enfants ; le dernier est né il y a sept mois. L'accouchement a été simple, et l'allaitement s'est fait avec facilité. Elle habitait alors un logement sain au deuxième étage, et elle n'a pas pris froid. Il y a un mois qu'elle a sevré son enfant, parce qu'elle se sentait affaiblie. Rien ne lui indique que ses règles soient près de reparaître.

La faiblesse dont elle se plaignait a continué jusqu'à ce jour : elle était générale ; mais elle frappait surtout les membres inférieurs. Ce n'est que deux jours avant son entrée à l'hôpital qu'elle est devenue assez marquée pour l'y amener. — Faiblesse plus prononcée dans les extrémités, sans fourmillements ni anes-

thésie. Impossibilité de saisir avec les doigts des objets d'un petit volume, quoique la malade les sente parfaitement. Pas de fièvre, aucune douleur ; pas de céphalalgie ni de pesanteur du côté de la colonne vertébrale.

Deux jours après son entrée, elle fut prise de fourmillements qui occupèrent d'abord les extrémités inférieures, pour gagner le lendemain les bras, et surtout les mains.

Une saignée de trois palettes fut faite à la malade. Le sang n'était pas couenneux. Le lendemain , elle prit un purgatif, et les accidents s'amendèrent, mais sans disparaître complétement. Dix ventouses scarifiées furent appliquées le long du rachis. Les fourmillements diminuèrent encore, puis disparurent. La malade sentait sa faiblesse devenir moindre.

Le 4 avril au soir, les fourmillements reparurent dans la main gauche seulement. Ils n'étaient pas continus, mais revenaient par accès durant cinq à dix minutes. Dans la soirée du 5 avril , ils abandonnèrent la main pour se fixer sur les deux jambes. Ces accidents durèrent jusqu'au 6. Du 6 au 10 avril, il ne survint rien de nouveau. Un peu d'œdème des membres inférieurs et de la face fit examiner les urines, qui contiennent une notable quantité d'albumine.

Le 12, à onze heures du matin, la malade fut prise dans les muscles de la partie postérieure du cou d'une faiblesse telle qu'elle ne pouvait lever sa tête , qui tombait par son poids sur le devant de sa poitrine jusqu'à ce que le menton se mît en contact avec le sternum. Quelque effort qu'elle fît pour contracter les muscles extenseurs de la tête, ils restaient flasques et paralysés. Lorsque, au contraire, la tête appuyée sur l'oreiller, elle voulait la fléchir et la porter en avant, les muscles de la partie antérieure se contractaient, et les mouvements s'exécutaient facilement. Cette singulière paralysie est survenue tout à coup et est immédiatement arrivée au point où elle est maintenant.

Elle persista jusqu'au 13 avril au matin sans changement.

M. Trousseau fit donner à la malade :

Extrait alcoolique de quinquina. . . . 2 grammes.

Avant de l'avoir pris, la malade éprouve une vive chaleur, des congestions de la face , qui est rouge et tuméfiée. On constate une fièvre assez vive. Vers le milieu de la journée, elle commence l'usage du quinquina. La fièvre diminue vers le soir, et les mouvements d'extension de la tête deviennent plus faciles.

Le 14 au matin, il ne reste plus de traces de paralysie ni de fièvre ; on continue l'extrait.

Le 15, état général satisfaisant. Jamais, dit la malade, elle ne s'est sentie plus forte. Cependant les urines contiennent encore une abondante quantité d'albumine.

On a donné pendant quelques jours encore de l'extrait de quinquina. Les forces se sont rétablies, et, le 22, la guérison des accidents spasmodiques semble parfaite. L'albuminurie seule persiste.

— Cette observation ne peut être considérée comme un fait simple de paralysie essentielle. Il s'y joignait, en effet, des accidents dus à l'état du rein : ainsi l'œdème des membres, la tuméfaction de la face ; mais, à côté de ces symptômes, on remarque nettement dessinés ceux de la paralysie, dont l'heureuse et rapide terminaison ne peut laisser la nature douteuse.

Dans tous les faits que nous avons observés, les accidents se sont présentés de la même manière, quant à la gravité de l'affection ; mais nous avons dit que d'autres observateurs avaient été moins heureux. Que la maladie guérît ou que la paralysie persistât, sa durée était bien plus considérable, et on n'y remarquait pas ces transports brusques et rapides des accidents d'un point à un autre de l'organisme. Est-ce bien la même affection que nous avons observée ? Ce sont au moins deux affections bien voisines, et qui ne différeraient que par le degré. On sait combien il est difficile, surtout dans les affections nerveuses, de juger des faits que l'on n'a pas suivis. Il y a un aspect, une physionomie qu'il faut apprécier soi-même pour arriver à de rigoureuses conclusions. Nous avons donc cherché, tout en tenant compte de ce que d'autres avaient vu, à ne pas nous écarter de ce que nous avions vu nous-même, et la description que nous avons donnée porte spécialement sur nos observations.

En résumé, ce qui ressort pour nous de cette étude, le voici : La paralysie essentielle des nouvelles accouchées se développe plus ou moins brusquement pendant l'écoulement des lochies, pendant l'allaitement, au retour des règles. Elle est, comme la rétraction spasmodique qu'elle précède, qu'elle suit ou qu'elle accompagne souvent, précédée de fourmillements, d'engourdissements dans les points qu'elle va frapper ; elle attaque à la fois les quatre membres, ou l'un d'eux isolément ; elle se manifeste par l'anesthésie ou la faiblesse musculaire. Comme les affections rhumatismales, enfin, elle se déplace et disparaît sans laisser de traces de son passage.

Nous dirons plus tard combien elle se rapproche des spasmes par ses causes et sa nature.

3e *forme, intermittence ou rémittence.* — Il est de la nature

des affections qui se développent par accès, ou paroxysmes passagers, de régulariser leurs retours et de prendre à un degré plus ou moins marqué le caractère intermittent ou rémittent. C'est ce qui s'observe assez fréquemment dans la maladie que nous étudions, soit qu'elle se manifeste par les contractures, soit que la paralysie domine.

Cette intermittence peut être envisagée sous deux points de vue différents : on peut la chercher, soit dans le retour plus ou moins régulier des paroxysmes, soit dans le développement, pendant la durée des accidents, d'accès de fièvre revenant à des intervalles égaux et appartenant même par leur périodicité à des types connus.

Pour exemples de ces deux variétés, nous donnerons l'analyse de deux observations publiées par Dance et par MM. Tessier et Hermel, et dont la première rentre à peu près dans les conditions de celles que nous avons recueillies nous-même.

Obs. VI. — Une femme, âgée de 25 ans, d'un tempérament sanguin, d'un embonpoint marqué, fut reçue à l'hôpital le 5 octobre 1824. Accouchée quatre mois auparavant, elle avait été prise à cette époque de contractures douloureuses des membres, qui s'étaient depuis manifestées par intervalles irréguliers. Ces accès, qui se prolongeaient chaque fois pendant trois ou quatre heures, étaient devenus depuis peu plus longs et plus répétés. Ils étaient d'ailleurs caractérisés par la contracture douloureuse des mains et des pieds que nous avons décrite, et par une réaction générale assez vive. Le premier accès observé par Dance, le 5 octobre au matin, se reproduisit successivement le 6, le 7 et le 8. Ce dernier dura sans intermission jusqu'au lendemain 9.

L'arrivée des règles et des sangsues appliquées pour suppléer à leur insuffisance amenèrent un amendement rapide et une complète guérison.

— Il y a là évidemment une véritable intermittence dans le retour des paroxysmes. Voici un exemple de périodicité dans la fièvre.

Obs. VII. — Marie Garnier, femme Suiron, âgée de 26 ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu le 12 avril 1842.

Dans les derniers jours de mars, pendant ses règles, elle descendit à la cave ayant chaud : ses règles s'arrêtèrent et ne reparurent plus. — Le 10 avril, elle fut prise de fourmillements, d'engourdissements, de douleurs lancinantes au bras, à la main gnuche et au même côté de la face. — Le 11, les engourdissements avaient gagné la jambe gauche. La nuit, des spasmes dou-

loureux occupèrent tout le côté gauche du corps, et le mouvement, la sensibilité, se perdirent progressivement de ce côté. — Le 13, la sensibilité persistait à un faible degré à la cuisse et au tronc. La malade avait du trismus, et le côté gauche de la tête était très-douloureux. — Le 15, la perte de la sensibilité était complète et hémiplégique. — Le 16, on apprit que tous les soirs, à neuf heures, la malade était prise de frisson suivi d'une sueur, affectant seulement le côté gauche. — La rate s'étendait au-dessus du niveau du mamelon et dépassait le sommet des fausses côtes. Les spasmes avaient reparu. — Le sulfate de quinine pris à dose élevée arrêta, le premier jour, l'accès de fièvre, qui fut seulement indiqué, le deuxième, par une sueur légère, accompagnée de douleurs convulsives. — Le 18, les règles reparurent.

Le 19, la sensibilité reparut dans plusieurs points. — Le 20, elle était même exagérée dans les régions qui l'avaient recouvrée. — Le 25, l'anesthésie et les spasmes ne persistaient que dans le membre inférieur gauche. Ils se dissipèrent peu à peu, le sulfate de quinine continuant à être employé. La malade sortit le 18 mai à peu près complétement guérie. La rate avait déjà diminué de moitié.

— Quoique recueilli dans des circonstances différentes de celles où nous avons observé, ce fait présente avec quelques-uns des nôtres des rapports frappants. La malade, il est vrai, n'était pas récemment accouchée; mais la suppression de la menstruation l'a fait rentrer dans des conditions analogues. Nous n'insistons ici que sur l'accès de fièvre quotidienne accompagnant une paralysie partielle continue.

Nous n'avons pas vu la fièvre affecter dans ses retours une aussi grande régularité; mais nous avons observé des accès de contracture revenant presque à la même heure, et affectant, sinon une forme intermittente parfaitement caractérisée, du moins une assez grande régularité.

Obs. VIII. — Pivart (Elise), giletière, demeurant rue des Boucheries, 11, est entrée le 21 septembre au n° 13 de la salle Sainte-Julie. Agée de 25 ans, elle est accouchée, il y a un mois, de son quatrième enfant. Elle a nourri les trois premiers, et pendant tout le temps qu'a duré l'allaitement, elle n'a jamais éprouvé d'accidents analogues à ceux qui nécessitent son entrée à l'hôpital. Quatre jours après son accouchement, elle se leva pour donner des soins à l'un de ses enfants, fut prise de froid, saisie de frissons à différentes reprises, et pendant douze ou quinze

jours elle eut une diarrhée considérable accompagnée de fièvre et d'un peu de métrorrhagie.

La diarrhée cessa sans que les lochies disparussent, et la malade fut prise de vomissements continuels. Amenée à l'hôpital, l'administration d'un vomitif et d'un purgatif eut sur ces accidents une heureuse influence; mais une vive douleur d'oreille se manifesta et fut suivie d'une otorrhée.

Depuis deux jours cet écoulement s'était établi, lorsque, dans la nuit du 27 au 28 septembre, la malade s'éveilla en sueur, et s'aperçut que ses mains étaient engourdies de telle sorte qu'elle ne pouvait prendre son enfant. Cet engourdissement était accompagné de fourmillements, de diminution de la sensibilité, de sensation de gonflement et de contracture dans le sens de la flexion, le pouce étant porté d'une manière notable dans l'adduction.

Des extrémités digitales, l'engourdissement remontait à peu près jusqu'au milieu des avant-bras. Vers le milieu du jour, il se dissipa. La solution de cet accès fut indiquée par la diminution des accidents du côté des mains et par leur propagation au bras et à l'épaule. Dans la soirée, ils reparurent vers la face, dont le côté droit était tuméfié, engourdi et comme paralysé. De vifs fourmillements s'y faisaient sentir, et un tremblement continuel des paupières avec larmoiement abondant venait s'y joindre. Tout cela cessa la nuit, après une sueur abondante.

Dans le cours de la journée du 29, une douleur se manifesta vers l'hypogastre avec une sensation de titillation et de fourmillement singulière; puis les cuisses se prirent, et l'engourdissement gagna les mollets. Enfin, tous les phénomènes observés aux mains se produisirent aux pieds. Ils étaient plus prononcés quand la malade était au lit. La perte de sentiment était incomplète, et quoique la sensation de résistance produite par le sol ne fût que très-incomplétement sentie, la marche était encore possible. Pendant la nuit, tout cessa de nouveau après une sueur abondante.

Le 30 septembre, vers six heures, les accidents reparurent dans les mains, qui, légèrement tuméfiées, n'étaient pas douloureuses à la pression. La constriction de l'avant-bras ou du bras, faite avec une bande comme pour une saignée, faisait naître de vives douleurs. D'aïlleurs, l'état général était satisfaisant, et le cœur exécutait régulièrement ses fonctions.

Le 1er octobre. — L'engourdissement a duré hier dans les mains jusqu'à midi; il s'est porté alors aux pieds et aux jambes pendant une heure. A six heures du soir, il a reparu dans les bras, pour cesser seulement à cinq heures du matin. A la visite, il ne reste

qu'un peu de roideur dans les mains; le pouls est très-lent : il n'y a ni fièvre ni chaleur à la peau. L'appétit se soutient.

Le 2. Hier, l'engourdissement a duré deux heures dans les jambes; il a été peu marqué et s'est terminé sans fièvre. A dix heures du soir, il a commencé dans les mains avec une grande violence, et s'est terminé à trois heures par de la sueur, en laissant dans les membres affectés un sentiment de lassitude aussi marqué que celui qui résulte d'un travail très-pénible. Une céphalalgie assez vive s'est alors développée; elle dure encore. La face est libre.

Le 3. Les douleurs de tête ont cédé vers midi, et elles ont été remplacées par la contracture des jambes, qui a duré une heure. Tout s'est bien passé jusqu'à six heures. Il est alors survenu une céphalée qui a cessé à dix heures du soir. La contracture et l'engourdissement ont dès lors frappé les mains et les bras, et ont persisté jusqu'à trois heures du matin. Les douleurs de tête leur ont succédé et persistent encore.

On fait à la malade une saignée de trois palettes. Pendant la saignée, elle éprouve dans les jambes des contractures qui cèdent au bout de dix minutes. Le sang retiré de la veine est riche et un peu couenneux.

Le 4. Les contractures n'ont pas reparu; il n'y a nulle part ni roideur musculaire ni paralysie; la céphalalgie persiste; les lochies sont toujours supprimées.

Dans la journée du 4 et dans celle du 5, il y a eu quelques légers engourdissements; mais le 6 au soir et pendant toute la nuit, les accidents sont revenus plus forts que jamais dans les membres supérieurs et inférieurs. Ils se sont dissipés à cinq heures du matin en laissant une très-grande fatigue. Pendant que les douleurs occupaient les extrémités, la tête était presque complétement dégagée : depuis qu'elles ont cessé, elle s'est reprise; mais, de plus, la langue est devenue très-douloureuse, elle est le siége d'un sentiment ardent de cuisson.

La journée du 7 ne fut marquée que par des élancements douloureux dans le côté droit de la tête et un vif sentiment de brûlure à la langue, qui rend fort pénible le contact des aliments. La langue est rouge sur les bords, et les papilles sont fortement saillantes.

Le 9. Alternatives de cessation totale des douleurs dans les membres et des crampes violentes, avec douleurs vives vers l'estomac. Sentiment d'oppression, douleur dans le côté, céphalalgie.

Eau-de-vie allemande. . . . 30 grammes.

Le 10. Douleurs dans presque toutes les articulations, sans

gonflement, suivies de chaleur et de démangeaisons dans le dos. Pas de céphalalgie. L'irritation de la bouche persiste. Le purgatif n'a produit aucun effet.

Le 11. Douleurs moindres au creux de l'estomac et dans le dos. Toux sèche sans aucune expectoration.

Le 14. Il y a eu le 12 un peu de roideur dans l'une des jambes. Depuis lors, tout a été très-bien. Aujourd'hui, quelques douleurs d'estomac, un peu d'oppression. La langue va bien ; un peu d'irritation de la muqueuse des joues et des lèvres.

Le 16. La malade sort bien portante.

— Ce fait est intéressant à bien des égards, et il vient appuyer plusieurs des assertions que nous avons avancées dans le cours de ce travail. Mais ici nous ne l'examinerons qu'au point de vue des retours des accidents.

Du 28 septembre au 6 octobre, c'est-à-dire pendant un intervalle de neuf jours, ils se sont produits par accès nettement dessinés. Ces accès ont été au nombre de neuf; entre eux se sont placés des accès moins marqués, indiqués seulement par des fourmillements, des élancements, des contractures très-légères et très-fugaces. Ces accès, tant violents que légers, ont été séparés par intervalles d'abord assez constants et durant de seize à dix-huit heures, puis un peu variables ; ce qui s'explique par la perturbation déterminée par le traitement.

Ils ont varié de dix à deux heures. Les paroxysmes, il faut le dire, n'ont pas d'ailleurs présenté les caractères tranchés de la fièvre intermittente. Le frisson a manqué à leur début ; mais ils se sont à peu près constamment terminés par la sueur.

Le plus habituellement, aucun accident ne se manifestait entre les accès ; la céphalalgie seule traversait souvent la période de calme pour cesser lorsque le paroxysme se reproduisait. Dans une observation qui trouvera sa place lorsque nous parlerons du traitement, les spasmes revenant à des époques variables, la fièvre se développait chaque jour à midi et durait jusqu'au soir.

Si nous n'avons pas observé des accès intermittents purs venant se ranger dans des types connus, d'autres médecins en ont décrit. Dans un fait publié par M. le docteur Perrin, les paroxysmes affectèrent d'abord le type octave, puis le type tierce.

Il nous reste peu de chose à ajouter pour terminer ce qui se rapporte à la forme intermittente des spasmes musculaires partiels. Cette intermittence ne modifie en rien les phénomènes, elle ne change que le mode d'apparition des accès qu'elle régularise. Ces accès, d'ailleurs, sont extrêmement variables dans leur durée,

qui peut être de quelques minutes à peine ou se prolonger pendant plusieurs heures.

Différents types ont été indiqués, soit dans les retours de la fièvre, soit dans ceux des contractures elles-mêmes. Le type quotidien, le type tierce, ont été le plus habituellement observés. Plus souvent encore, les accès se sont produits sans que des intervalles réguliers séparassent leurs apparitions, ou bien ces intervalles ont été d'un nombre d'heures plus ou moins considérable, mais toujours le même, dans la même observation.

L'état du malade varie pendant les espaces de temps qui s'étendent entre les paroxysmes. Tantôt aucune trace de la maladie ne s'y manifeste, à l'abattement, à la fatigue près, qui suivent nécessairement les attaques et qui sont très-prononcés chez le plus grand nombre des malades ; tantôt, au contraire, même dans l'intervalle des accès, quelques accidents persistent et donnent à la maladie la physionomie d'une fièvre rémittente. On trouve des faits de ce genre parmi ceux qui ont été publiés.

Symptômes généraux. — Ainsi que nous l'avons vu dans l'observation VIII, il est rare que les paroxysmes soient nettement caractérisés par l'existence des trois stades. Le frisson manque habituellement ; mais outre que les accès légitimes de fièvre intermittente sont seuls constamment précédés par la période de froid, on doit remarquer ici que le frisson est un spasme, un accident convulsif véritable. Rien n'empêcherait d'admettre que les spasmes musculaires, qui apparaissent dès le principe du poroxysme, remplacent les accidents nerveux d'invasion de la fièvre, ou qu'ils établissent, comme une révulsion, un obstacle à des convulsions générales.

La sueur, au contraire, a très-fréquemment marqué la période de déclin des accès spasmodiques. Nous dirons cependant qu'elle ne lui était pas exclusivement attachée, et que souvent une large transpiration accompagnait la période d'état.

Considérée dans ses manifestations circulatoires, la fièvre, en général, n'a été que médiocrement développée chez nos malades. Un peu de fréquence, de dureté du pouls, un peu de chaleur de la peau et de rougeur de la face, les accidents légers d'une expansion sudorale, en ont fait le plus souvent tous les frais. Cependant nous avons observé (observation IV) une véritable fièvre ayant tous les caractères de la fièvre rhumatismale.

Il n'est pas exact de dire, comme l'a fait de La Berge, que la céphalalgie est généralement en rapport avec l'intensité des accidents fébriles. Nous avons vu (obs. VIII) les intervalles

d'intermittence occupés par ce seul symptôme qui disparaissait au début des paroxysmes.

Marche et durée de chaque accès et de la maladie en général. — Dans l'exposé des phénomènes qui se produisent pendant un accès, nous avons indiqué nécessairement quelles étaient la suite et la direction des accidents. Nous ne reviendrons ici que sur quelques détails, et nous résumerons ce que nous avons déjà dit.

L'accès commence, en général, dans les membres supérieurs et par les points les plus éloignés du tronc. Le plus souvent, il en est de même pour les membres inférieurs, et le pied est le premier affecté. Beaucoup plus rarement, les douleurs commencent par les origines nerveuses, et se font sentir dans le bassin avant de se porter vers les membres.

La terminaison des accès présente les mêmes irrégularités. Tantôt les douleurs et la contracture cessent à la fois dans tout un membre en s'affaiblissant graduellement ; tantôt elles abandonnent certaines parties en se prolongeant dans quelques autres. Nulle part nous n'avons fait cette remarque avec autant de netteté que dans l'observation II. La malade, très-intelligente, nous rendait compte de tout ce qu'elle éprouvait avec le plus grand soin. Dans la décroissance de l'accès, les douleurs abandonnaient les extrémités, et il lui semblait qu'elles remontaient en suivant le trajet des nerfs jusqu'au plexus brachial et lombaire pour disparaître vers la colonne vertébrale. Notons qu'elle conservait quelquefois, le long de l'épine, des picotements, de la chaleur et un sentiment marqué de pesanteur.

La durée des accès était extrêmement variable, depuis quelques minutes, pendant lesquelles de légères secousses convulsives se faisaient sentir, jusqu'à plusieurs heures et même plus d'un jour. La variété qui s'accompagne de paralysie est celle dans laquelle ils se sont prolongés le plus longtemps.

La réunion des paroxysmes, séparés ou non par des intervalles de santé complète, constitue la durée totale de la maladie. Cette durée a varié, dans nos observations, de cinq jours à plus de deux mois. C'est de quinze à vingt jours que les accidents se prolongent le plus habituellement.

Il est dans leur nature de se reproduire, et c'est une condition favorable à leur apparition que d'en avoir été déjà frappé. On le verra dans l'obs. IX. Nous avons fait cette remarque dans les observations publiées par différentes personnes, que, dans les circonstances où la maladie avait eu de la gravité, c'était en général lorsqu'elle s'était répétée plusieurs fois.

Les espaces de temps qui séparent différentes attaques de la

maladie sont très-peu constants. Ils varient de quelques mois à plusieurs années. Dans une de nos observations, les attaques, au nombre de six, ont été séparées par des intervalles de santé parfaite qui ont varié de trois mois à plus d'une année. Dans une observation publiée par M. Hérard (*Gazette des Hôpitaux*, 1845), elles reparaissaient presque tous les hivers. La santé se maintenait bonne tout le reste de l'année.

De la localisation organique du spasme idiopathique. — Après avoir étudié avec soin les manifestations symptomatiques du spasme musculaire, nous pourrons avec plus de facilité établir quels sont les organes dont la lésion lui donne naissance. Les recherches d'anatomie pathologique, en ce qui le concerne, ne sont pas avancées, et on le comprend, si l'on réfléchit qu'il est le plus habituellement par lui-même d'une complète innocuité. Toutefois il accompagne, chez les enfants surtout, des maladies diverses qui peuvent entraîner la mort et permettre l'examen anatomique. Des observations ont même été rapportées dans lesquelles le spasme musculaire et les lésions qui peuvent lui succéder semblent seuls avoir amené une fatale terminaison. Nous examinerons les altérations indiquées à l'autopsie, et l'examen des symptômes nous servira à les contrôler.

Les seules observations suivies d'autopsie que nous connaissions sont au nombre de sept. De ce nombre, cinq appartiennent à M. Tonnellé et ont été prises chez des enfants. Elles ne constatent que l'existence des lésions concomitantes qui ont entraîné la mort des malades, et qui n'ont évidemment aucun rapport anatomique avec l'origine des contractures. Une infiltration légère du tissu cellulaire qui unit la dure-mère rachidienne aux vertèbres, un peu de sérosité dans les ventricules, une rougeur peu intense de la dure-mère cérébrale, une infiltration sous-arachnoïdienne légère, sont les seules altérations que M. Tonnellé ait rencontrées. Il ne paraît pas, toutefois, avoir examiné les nerfs des membres, ce qui rend pour nous ses observations incomplètes. Depuis lors, deux autopsies ont été faites, et toutes deux chez l'adulte : nous faisons rentrer dans ce relevé celle que MM. Tessier et Hermel ont publiée, quoiqu'elle appartienne peut-être à une autre espèce de paralysie que la paralysie idiopathique. On constata une vive injection du névrilème des nerfs qui vont se distribuer dans les parties où les crampes et la paralysie se sont manifestées. Il en était de même dans la deuxième observation publiée par M. Imbert Gourbeyre (Thèses de la Faculté). Une injection très-marquée du cerveau à la surface convexe, et sous les membranes un peu de ramollissement très-

superficiel, une rougeur inflammatoire étendue et profonde de la dure-mère rachidienne au niveau du renflement brachial et siégeant à la partie postérieure de cette membrane; une rougeur semblable au renflement lombaire, une auréole rosée manifeste aux points où la dure-mère rachidienne donne passage aux nerfs de l'épine; une coloration rosée, régulière, sans vascularisation de la queue de cheval et des plexus sacrés, du nerf sciatique qui est parsemé d'ecchymoses ainsi que le nerf tibial postérieur, comme dans l'observation de sciatique signalée par Bichat; des altérations semblables aux plexus brachiaux et aux nerfs médians; toutes ces lésions se trouvaient réunies chez le même sujet, et toute cette complication anatomique vient rendre difficile l'appréciation de la valeur de chaque lésion.

Une observation fort intéressante, que nous croyons pouvoir rapporter, quant aux accidents primitifs du moins, au spasme musculaire, se rencontre placée à un autre titre dans le *Traité clinique des Maladies du cœur*, de M. le professeur Bouillaud. Le malade était en même temps affecté d'une péricardite qui devint mortelle. Nous aurons occasion de la citer de nouveau. Disons, dès à présent, qu'outre une légère injection cérébrale et quelques altérations de la moelle, on trouva une injection assez marquée de la dure-mère rachidienne, un peu plus d'abondance du liquide encéphalo-rachidien que de coutume, et une teinte rosée des cordons nerveux de la queue de cheval.

Au milieu de lésions si diverses, comment séparer celles qui appartiennent à la maladie que nous étudions? Est-il possible d'établir d'une manière un peu exacte quelles sont celles qui déterminent les accidents spasmodiques simples, et au contraire quelles sont celles que l'on peut en séparer? Il nous semble facile d'y arriver d'une manière logique. Dans toutes les observations que nous venons de signaler se manifestent deux ordres de lésions : les unes, ou compromettent la vie des malades dans un avenir plus ou moins rapproché, ou donnent nécessairement naissance à des altérations symptomatiques profondes et continues; les autres ne compromettent pas la vie et sont loin de porter le type de l'incurabilité.

D'un autre côté, dans l'immense majorité, nous dirions dans la presque totalité des cas, les phénomènes spasmodiques que nous étudions coïncident parfaitement avec la continuation de la santé générale et ne semblent la compromettre que d'une manière passagère et fugitive. Le choix ne peut être douteux : ou toutes les lésions observées sont étrangères aux rétractions spasmodiques, et cette maladie, comme l'a cru M. Tonnellé, est exempte de

toute altération organique; ou l'on doit en rapprocher les altérations légères et qui, fugitives comme elle, expliquent suffisamment sa délitescence et ses retours. Ces altérations, on le devine déjà, nous les bornons à la vascularisation, à l'injection plus ou moins profonde et persistante des cordons nerveux qui se rendent dans les parties affectées. Que l'on comprenne bien toutefois ce que nous voulons dire, et qu'on ne nous accuse pas de rejeter, pour établir notre opinion, les observations suivies de mort pour n'admettre que celles dans lesquelles la maladie n'a point présenté de gravité. Nous ne voulons pas nier ici l'influence que peut exercer sur la production des lésions mortelles la cause première des spasmes idiopathiques. Seulement, nous disons que la maladie mortelle est le résultat très-rare de la maladie habituelle, et que, par cette extension, elle change complétement de nature.

Que la membrane externe d'une veine s'enflamme à la suite d'une plaie, l'affection est légère et souvent sans conséquence fâcheuse ; mais que la phlegmasie gagne la membrane interne, voici venir l'infection purulente et la mort. Est-ce la même maladie qui se manifeste dans les deux cas? Non, sans doute ; et pourtant, comme changement anatomique, il n'y a eu là que la propagation, dans une étendue presque insensible, de l'inflammation à différentes parties du même organe. Nous démontrerons qu'il peut en être de même pour les altérations qui accompagnent le spasme musculaire idiopathique.

THÉRAPEUTIQUE. — 4. *De l'emploi de l'iodure de potassium dans les maladies syphilitiques ;* par M. Payan, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Aix (Bouches-du-Rhône).

(Suite : *voir* t. I, janvier 1846, p. 27 ; t. II, février, p. 48 ; t. III, mars, p. 44 ; t. IV, avril, p. 66.)

(Revue médicale, avril 1846.)

Obs. IX. — *Ulcère syphilitique d'apparence cancéreuse, siégeant à la face. — Exostoses nombreuses. — Guérison par l'iodure de potassium.* — Un marchand fripier de notre ville, ancien soldat, âgé de 38 ans, vient nous consulter le 20 mars 1844. Il est atteint, à la joue droite et à la région malaire, d'un ulcère à laid aspect, de l'étendue d'une pièce de 4 francs, au contour induré, à la surface mamelonnée et sanieuse, au pourtour rougeâtre et cuivré, lequel, ayant commencé six mois auparavant par une espèce de tubercule, s'est ensuite progressivement ulcéré et étendu. On eût dit presque un ulcèce cancéreux : c'est même l'idée qu'en avait eue le médecin qui l'avait vu avant moi, et

qui avait pensé déjà à des applications cautérisantes. Sachant sous combien de formes diverses peut apparaître la syphilis, ce Protée de la pathologie, je me doutai aussitôt que ce pourrait bien être un ulcère syphilitique tertiaire, et je questionnai le malade en conséquence pour bien asseoir mon diagnostic. C'est alors que j'appris que ce sujet avait eu plusieurs fois des chancres et même des bubons, pendant le temps de son service sous les drapeaux, et qu'il avait pris peu de soin de se faire traiter de ces accidents. Lui ayant en même temps demandé s'il ne souffrait pas des jambes ou des cuisses dans leur continuité, il me dit que depuis quelque temps il était assez tranquille de ce côté, mais qu'il en avait été fortement incommodé pendant assez longtemps, surtout durant la nuit. Curieux de voir ses jambes, je trouvai les tibias tout exostosés, et ce fut pour moi un nouvel indice d'une constitution syphilitique invétérée. En outre, ce sujet était maigre ; il comprenait que ses forces avaient diminué, et sa figure était d'une couleur jaune paille : elle présentait un aspect chlorotique prononcé.

Croyant mon diagnostic bien établi, je promis une prochaine guérison à cet homme, que son état effrayait déjà beaucoup, et lui prescrivis pour le lendemain, 21 mars, l'usage de l'iodure de potassium, en commençant par 75 centigrammes dans un pot de tisane de saponaire : dès le 26, il en prit 1 gramme ; le 1er avril, 1 gramme et demi. Déjà une amélioration sensible pouvait être remarquée. L'aspect de la solution de continuité de la joue s'était modifié ; on y voyait une tendance marquée à une guérison prochaine. Le malade nous faisait en même temps remarquer que l'appétit s'était accru et qu'il reprenait des forces.

Le 13. Le malade a continué jusqu'à ce jour à prendre 1,50 du remède, et déjà la cicatrisation est obtenue. Les exostoses se sont aussi considérablement affaissées : les progrès vers la guérison ont donc été des plus apparents.

Nous engageâmes le malade à continuer pendant encore quelques jours ; ce qu'il fit jusqu'au 20 avril. La dose cette fois fut d'un gramme trois quarts par jour. La guérison fut ainsi complétée.

L'exposé de cette observation, remarquable à certains égards, fera comprendre que je ne devais point la passer sous silence, puisqu'elle témoignait fort bien encore de la puissance curative de l'iodure de potassium contre des accidents syphilitiques tertiaires réellement graves et d'une allure menaçante.

Obs. X. — *Exostose syphilitique du crâne ; douleurs ostéocopes de cette partie et au sternum ; chancre induré. Iodure de potassium.*

— *Guérison des exostoses et des douleurs ostéocopes.* — M***, ouvrier charron de notre ville, âgé de 32 ans, qui s'était maintes fois exposé à contracter la syphilis et en avait été atteint quelquefois, venait d'éprouver une maladie inflammatoire suraiguë qui avait nécessité un traitement antiphlogistique actif. La convalescence s'opérait bien; mais il restait un symptôme fort inquiétant : c'était celui d'uue douleur fixe, fort vive dans certains moments, et dont le siége était les limites de la partie externe et supérieure du front et du cuir chevelu. Une autre douleur plus incommode encore correspondait à la partie externe et gauche du tiers supérieur du sternum et à la partie voisine des cartilages sterno-costaux. Cette dernière augmentait sensiblement à la moindre pression avec les doigts. Pendant quelques jours je n'attachai pas une grande importance à ces douleurs, que je croyais produites par une irritation passagère, et je cherchai, en attendant qu'elles disparussent, à les calmer par de légers narcotiques à l'intérieur. Comme cependant ce jeune homme fixait souvent mon attention de ce côté, et que je me rendais difficilement compte de la persistance de ces douleurs, j'en vins à examiner plus attentivement les parties qui en étaient le siége, et je m'assurai qu'en effet une protubérance sensible correspondait à la partie douloureuse du crâne et qu'elle offrait tous les caractères d'une exostose.

La douleur du thorax correspondait bien aussi au sternum, comme il était facile de le reconnaître en appuyant sur le point douloureux. Ces douleurs étaient aussi beaucoup plus importunes la nuit que le jour. Etant mis, par ces particularités, en voie d'en venir à d'autres questions, j'apprends qu'en réalité cet homme a eu plusieurs fois des gonorrhées et même des chancres, qui n'ont été traités que d'une manière irrégulière. Je reconnais même qu'il est présentement atteint d'une ulcération indurée, recouverte d'une croûte, à la face inférieure de la verge, symptôme qu'il néglige depuis plus d'un mois et demi. Je ne doute pas, d'après tous ces indices, que les douleurs qu'éprouve ce malade ne soient des douleurs ostéocopes, c'est-à-dire de nature syphilitique, et que le meilleur moyen de les faire cesser, de même que l'exostose crânienne, ne consiste dans l'emploi de l'iodure de potassium; et, dans cette conviction, je le prescris d'abord à la dose de 0,75, dissous dans un demi-litre de tisane de patience, avec recommandation d'augmenter cette dose de 0,25 tous les quatre ou cinq jours. Cette prescription fut suivie, et la cessation de la douleur accompagna de très-près l'administration du remède. Bientôt aussi disparut la tumeur exostotique

du crâne. Trois semaines après, il ne restait de traces ni de l'une ni de l'autre.

Quant à l'ulcère syphilitique induré que nous avons dit exister au pénis, nous devons déclarer qu'il n'était pas encore guéri. Incertain, à cette époque (c'était en mars 1842), s'il pouvait céder à la continuation de ce traitement ioduré, nous l'attaquâmes par un traitement mercuriel. Ce qu'il nous importait pour le moment de constater, c'était la prompte disparition, par l'iodure de potassium, de tout ce qui, dans la présente circonstance, appartenait aux accidents tertiaires, c'est-à-dire des deux exostoses et des douleurs ostéocopes concomitantes.

Si nous tenions beaucoup à citer des faits analogues à ceux que nous venons de mentionner, il nous suffirait de recueillir nos souvenirs, et le nombre en serait ainsi facilement accru. Mais nous nous en abstiendrons, parce qu'ils ne feraient que confirmer ce que démontrent suffisamment les dix observations qui précèdent, et qui offrent l'avantage d'avoir été rédigées au fur et à mesure, ou sur des notes précises et exactes. Or, ce qu'il nous importe bien de constater pour le moment, c'est la signification propre de ces faits par rapport à l'iodure de potassium, c'est-à-dire la puissante efficacité de ce médicament, ou, pour mieux dire, sa spécificité contre les accidents tertiaires de la syphilis. On a pu voir, en effet, que la guérison s'en est suivie complète, lorsqu'il nous a été possible de poursuivre le traitement jusqu'au bout, et que, dans les quelques cas où des circonstances particulières l'ont fait interrompre, l'amélioration qui en est résultée a toujours été suffisante pour en démontrer les remarquables effets. Et cependant presque toutes les formes de la syphilis tertiaire se sont trouvées dans les unes ou les autres de nos observations, et ont été attaquées avec un égal succès par ce médicament.

Bien des praticiens, au reste, ont eu déjà l'occasion non-seulement d'expérimenter auprès de leurs malades l'usage de l'iodure de potassium, mais encore de faire connaître, par la voie des journaux, les résultats de leur pratique sur cette matière ; et certes jamais accord plus unanime que le leur pour reconnaître à l'iodure de potassium la puissance de son efficacité contre les accidents tertiaires de la syphilis. — Ainsi, sans relater encore ici ce que nous avons dit précédemment de la pratique du docteur Wallace, qui traitait indistinctement et avec le plus encourageant succès toutes les affections syphilitiques constitutionnelles par l'iodure de potassium ; — de celle du docteur Bullock Henri, qui, à l'hôpital Saint-Thomas, avait triomphé par ce médica-

ment des syphilis les plus rebelles ; de celle surtout du docteur Ricord, qui, après avoir déclaré que ce médicament devait être considéré comme spécifique des accidents tertiaires, a établi d'une manière péremptoire, en plusieurs articles cliniques, que cette assertion n'avait rien de hasardé, nous pouvons rappeler l'observation remarquable que M. le docteur Lafargue, de Saint-Émilion, a publiée, dès 1840, de ce malade qui, atteint d'exostoses énormes des condyles du fémur, du péroné et du tibia du membre inférieur droit, et de douleurs ostéocopes insupportables, malgré l'usage des mercuriaux d'abord, et des diverses préparations aurifères ensuite, etc., ne vit la fin de ses souffrances que lorsqu'il en vint à prendre l'iodure de potassium, qui procura une guérison aussi surprenante que rapidement obtenue. Et à la mention de ce fait, nous joindrons celle de cette autre observation non moins importante, publiée un an plus tard, et dans le même journal, par le même praticien, laquelle est relative à un sujet dont l'arrière-bouche était criblée d'ulcérations profondes et superficielles, mais toutes confluentes et taillées à pic, lesquelles avaient envahi les amygdales, les piliers et le voile du palais, la luette et toute la paroi postérieure du pharynx, et qui présentait avec cela une expuition continuelle d'un muco-pus abondant et fétide, ainsi qu'un état de marasme qu'avait fait naître l'impuissance de satisfaire l'appétit par suite de la douleur et de l'imperfection de la déglutition, etc. M. Lafargue, croyant devoir rattacher cette exaspération gutturale à une ancienne atteinte de syphilis datant de 20 ans, trouva, dans cette ancienneté même du mal, l'indication de l'iodure de potassium, et il l'ordonna en effet, pour conjurer tant de désordres et refaire cet organisme usé. Il suffit, de deux mois du traitement pour, tout en ne dépassant pas la dose d'un gramme et demi par jour, mettre ce sujet dans un état de santé fort satisfaisant.

C'est encore dans le même recueil périodique, tome XX, p. 374, que nous trouvons l'observation très-intéressante, relatée par notre ami, le docteur Cade, d'un sujet atteint d'ulcérations syphilitiques de la gorge et du nez, et d'autres symptômes qui depuis une vingtaine d'années avaient apparu chez lui, et dont l'iodure de potassium le débarrassa facilement, alors que toutes les médications usitées avaient été reconnues impuissantes. On me permettra même d'entrer, au sujet de ce malade, dans quelques détails qui ne feront que confirmer la haute idée que l'on doit se former de l'excellence de la médication par l'iodure de potassium contre ces cas graves et si invétérés de syphilis. Or, nous voyons, par l'exposé de ce fait, que la cause première de

tout le mal fut une *blennorrhagie* qui se dissipa en peu de temps sans remèdes. Un ou deux ans après apparurent des maux de gorge, des douleurs aux extrémités inférieures, une éruption de taches cuivrées à la peau, symptômes qui furent trop légèrement traités par des antiphlogistiques. Les symptômes s'accrurent, et, en 1830, la langue était comme tailladée profondément en divers sens : les amygdales, le voile du palais, la partie postérieure et supérieure du pharynx présentaient des ulcérations. La cloison des fosses nasales offrait une perforation de trois à quatre lignes de diamètre : il y avait de plus des douleurs ostéocopes et des syphilides à la peau. — Traitement par le muriate d'or et de soude, qui fit disparaître les syphilides, apaisa les exostoses, mais ne soulagea point le gosier. A ce premier traitement en succéda un autre par le sublimé à petites doses, qui ne fut pas complété. Puis, cautère à la nuque pour guérir le gosier, et, pour apaiser les douleurs ostéocopes, très-fatigantes dans la nuit, usage des bains aux eaux thermales de Bagnols, qui ne donnèrent qu'un soulagement momentané. En 1837, ulcérations à la voûte palatine et à la membrane pituitaire : arrêt momentané par l'usage interne du proto-iodure de mercure et par des cautérisations.

En 1838, la surface du nez, qui depuis longtemps était d'une couleur lie de vin, fut envahie à gauche par un ulcère dont les bords étaient taillés à pic et à fond blafard. — Nouveau traitement par le proto-iodure de mercure dont, en trois mois, il fut consommé 16 grammes; quelques cautérisations, pansements divers, cicatrisation enfin, mais avec persistance de la rougeur insolite du nez et de l'induration des tissus.

En 1839, récidive de l'ulcère sur le dos et l'intérieur du nez. Reprise d'un traitement par les préparations d'or, et lotions de la plaie avec l'iode caustique de Lugol. Le mal ne s'arrêtant pas, le malade est adressé à Montpellier. Là, quatre applications du cautère actuel en quatre reprises dans deux mois ; ces cautérisations modifièrent le mal, lui donnèrent une certaine tendance à la cicatrisation, laquelle ne fut jamais entière. Enfin, l'ulcération, conjointement avec le feu, avait détruit la totalité du nez et une bonne partie de la lèvre supérieure. Plus tard encore, quatre nouvelles cautérisations avec le fer rougi à blanc et avec aussi peu d'avantage qu'auparavant !

C'est alors que surgit, chez le docteur Cade, l'idée du traitement par l'iodure de potassium, idée suggérée par les articles de M. Ricord. Eh bien ! ce que n'avaient pu faire les traitements par les préparations d'or, par les pilules de sublimé, de proto-

animaux ; enfin, que les doses qui avaient été toxiques pour les animaux devaient être dangereuses pour l'homme.

M. Briquet, qui, à l'hôpital Cochin, a employé, dans le rhumatisme articulaire, le sulfate de quinine à haute dose, 4, 5 et 6 grammes dans les vingt-quatre heures, présenta, le 4 avril 1843, à l'Académie de médecine, un mémoire pour combattre ces conclusions, se fondant sur ce que Giacomini a trouvé, chez les treize lapins morts par le sulfate de quinine, le sang non liquéfié ; mais au contraire plusieurs fois le sang était en caillots dans les cavités du cœur. Sur sept autopsies que rapporte M. Briquet, dans aucun cas le sang n'était fluide ; toujours on a trouvé des caillots solides dans le cœur : ces caillots contenaient des masses solides de fibrine blanchâtre, et une fois le ventricule et l'oreillette du côté droit étaient distendus par un caillot gélatiniforme complétement analogue à la couenne du sang. Dans aucun cas on ne trouva de lésions spéciales d'organes, lésions que l'on pût rapporter à l'action du sulfate de quinine. Dans les cas d'intoxication, la mort paraît due à une action sur le système nerveux, action qui ne produit que des troubles dynamiques. M. Briquet fait observer que les effets toxiques dus au sulfate de quinine sont maintenant bien connus et bien déterminés, et il les classe en trois groupes.

1° L'ivresse analogue à celle du vin de Champagne, avec bourdonnements d'oreille, vertiges, troubles de la vue, titubation, et quelquefois subdelirium. Ces troubles se produisent à un degré léger chez presque tous les malades ; mais ils n'acquièrent d'intensité que lorsque la dose de sulfate est poussée trop rapidement. Ils cessent, du reste, promptement et spontanément quand on suspend l'administration du médicament.

2° Les névroses convulsives analogues à celles que nous voyons produites par l'administration de la strychnine.

3° L'état syncopal, asphyxie avec ou sans la paralysie des nerfs de l'ouïe et de l'œil.

Quant à la dose toxique, M. Briquet cite l'exemple de Giacomini, qui prit lui-même jusqu'à 4 grammes de sulfate de quinine sans en rien éprouver de grave. MM. Bally et Piorry ont souvent porté ce médicameut à 3 et à 6 grammes, et n'en ont pas éprouvé d'effets toxiques. Tomari assure avoir donné sans inconvénient, plusieurs fois par jour, 1 ou 2 grammes de sulfate de quinine. Les médecins français en Afrique, et M. Martin en Italie, ont, sans inconvénients connus, porté le sulfate à 3 et à 4 grammes.

MM. Blache et Briquet à Cochin, Kapeler à Saint-Antoine,

ont porté le sulfate de quinine à la dose de 3, 6 et même 8 grammes sans aucun inconvénient.

M. Andral, à la Charité, a traité 28 rhumatisants, et n'a pas observé plus d'accidents que n'en a donné toute autre méthode.

La commission de l'Académie de médecine, chargée d'examiner les mémoires de MM. Mélier et Briquet, ne partage pas les opinions de ce dernier, ni sur l'opportunité de l'application du médicament dans le traitement du rhumatisme, ni sur l'innocuité du sulfate de quinine à haute dose. Cependant elle cherche à se rendre compte comment des doses énormes, 12 grammes en une seule prise, fait rapporté dans le journal d'Omodei et autres, comment, dis-je, ces doses, après avoir intoxiqué les malades, n'ont cependant pas déterminé la mort. Elle croit qu'une aussi grande différence dans la tolérance pour un même agent tient :

1° A une disposition individuelle, une idiosyncrasie spéciale ;

2° A l'état dans lequel se trouve l'estomac au moment de l'ingestion du médicament, savoir s'il est dans un état complet de vacuité ou s'il contient des aliments ;

3° A l'état et à la forme sous lesquels le médicament est administré ; si c'est en dissolution ou en poudre, à doses fractionnées ou non.

Tout en admettant ces explications plus ou moins complètes, ne peut-on pas ajouter qu'il faut tenir compte que l'estomac contient des acides qui peuvent agir sur le sel de quinine s'il est en suspension dans un liquide, le rendre soluble et par conséquent actif ? car tout le monde sait que le sulfate acide de quinine est beaucoup plus actif que le sulfate neutre, qui, étant à peu près insoluble, est alors presque inerte, si la présence de quelque acide ne vient le rendre soluble. Dans l'estomac se trouvent les acides qui peuvent favoriser cette réaction ; tandis que dans le reste de l'intestin, les liquides étant alcalins, le sel reste mêlé aux matières fécales et est rendu avec les selles. M. Mialhe, dans le *Journal de Thérapeutique*, insiste sur ce fait, et il donne diverses formules pour obtenir du sel tout l'effet thérapeutique que l'on peut en attendre. Ainsi donc, si le sel est administré en pilules, de telle sorte qu'il faille un long espace de temps pour le mettre en contact avec les parois de l'estomac, il agira peu, parce que les pilules seront passées de l'estomac dans l'intestin grêle avant leur solution ; il n'agira même presque pas si les pilules passent le pylore avant d'avoir été dissoutes. De ce fait, il résulte que si le sulfate de quinine non acide, donné à haute dose (c'est ainsi

que je l'ai toujours vu administré), tombe dans un estomac où se trouvent beaucoup de liquides, et de liquides alcalins, la tolérance sera bien différente, et dans certains cas on sera étonné des doses restées innocentes. Supposez, au contraire, une circonstance inverse, il est alors facile de prévoir les effets qui doivent en résulter. Si, ce qui arrive quelquefois, le malade vomit, la tolérance peut paraître plus qu'elle n'est, et dans les hôpitaux le médecin ne connaît pas toujours le détail de tous les accidents survenus chez ses malades.

Néanmoins, M. Legroux, dans ses *Recherches cliniques sur le traitement du rhumatisme aigu par le sulfate de quinine à dose moyenne*, avance, malgré l'opinion qui veut que le sulfate de quinine dissous ou à l'état de bisulfate soit plus facilement absorbé qu'à l'état de sulfate neutre, avance, dis-je, que le sulfate neutre a passé aussi rapidement dans les urines que le bisulfate chez les rhumatisants; il en a été de même dans quelques expériences faites chez les fébricitants.

Dans ce travail, M. Legroux, qui a administré le sulfate de quinine à 1 gramme 50 centigr., et à doses fractionnées, dans du pain azyme, dit que sous cette forme il est pris sans désagrément par le malade; tandis qu'en solution, son insupportable amertume provoque facilement le dégoût et le vomissement. En effet, dans les observations, au nombre de vingt-quatre, que cet auteur rapporte, quelques malades seulement ont offert un ou deux vomissements; mais il est d'accord avec nous pour ne signaler aucun signe d'irritation du côté de l'estomac. Dans un cas même, une irritation antérieure s'est éteinte pendant la médication. Cet observateur parle d'un sentiment de pesanteur derrière le sternum, d'une sorte d'étouffement chez quelques malades: à peine note-t-il de légères coliques momentanées; mais la constipation a été assez constante. Les bourdonnements ou sifflements d'oreille, la somnolence, les rêvasseries fantastiques, une sorte de vertige ébrieux, et au bout de quelques jours ou même dès le premier jour, la surdité, la dilatation des pupilles; tels sont les phénomènes du côté du cerveau signalés par M. Legroux. Dans ces observations, le pouls a toujours progressivement perdu de sa fréquence; neuf fois sur vingt quatre il est descendu au-dessous de sa fréquence ordinaire: en outre que le pouls offrait un ralentissement notable, un fait constaté a été son atrophie. Un pouls large et plein avant la médication s'atrophiait au point de ne plus offrir sous le doigt que le volume d'une plume de corbeau; quelquefois il y a eu des inégalités, des intermittences. Il y avait aussi abaissement de la température de la peau et des

sueurs : ajoutons une sorte d'hébétude et de stupeur typhoïde observée chez deux ou trois malades après plusieurs jours de traitement. Dans tous ces cas, le sulfate de quinine n'a pas été employé à haute dose, mais à dose moyenne ; cependant, en dehors des effets thérapeutiques, il a produit des phénomènes d'hyposthénisation, et il n'y a pas eu d'accidents. Il en est de même dans les observations rapportées par M. Devergie dans un mémoire publié par le *Journal des Découvertes et des Travaux importants en médecine*, etc., observations qui avaient trait à des cas de rhumatisme aigu et chronique recueillis à l'hôpital Saint-Louis. Les phénomènes physiologiques sont signalés avec peu de détails ; mais ils sont les mêmes que ceux décrits par les autres auteurs. Pas d'accidents dus au sulfate de quinine ; mais aussi faut-il tenir compte des doses faibles employées, au plus 2 grammes et 50 centigr. par vingt-quatre heures, et parfois seulement 50 centigr. ; et cependant, même à cette dose, il y avait de légers phénomènes physiologiques analogues à ceux signalés plus haut. En 1844, j'ai vu quelques cas de fièvre typhoïde dans lesquels le sulfate de quinine était donné à dose moyenne, même faible, et qui offraient des phénomènes de sédation et une terminaison heureuse. D'où je conclus que le sulfate de quinine n'a pas besoin d'être porté à 5 ou 6 grammes pour obtenir des effets marqués.

Il ne nous reste plus à parler que du mémoire présenté à l'Académie de médecine, le 27 juin 1843, par M. Monneret, qui a traité 22 cas de rhumatisme articulaire par le sulfate de quinine, et de la thèse inaugurale de M. Grandhomme, interne de M. Briquet. Nous avons déjà fait connaître les opinions de cet observateur ; le travail de M. Grandhomme a été fait sous leur inspiration. Quant à M. Monneret, il envisage la question sous un autre point de vue ; il combat l'opinion qui range le sulfate de quinine à haute dose parmi les hyposthénisants, il le regarde comme un antiphlogistique ; cependant tous les phénomènes physiologiques dont il parle sont les mêmes que ceux observés par ses devanciers et par nous : ralentissement du pouls, abaissement de la température de la peau. Toutefois, d'après cet auteur, le ralentissement du pouls, peu marqué le premier jour de la médication, augmente le deuxième et le troisième, et ce changement coïnciderait avec la diminution et la disparition des douleurs : aussitôt que celles-ci reparaissaient, le pouls reprenait plus de fréquence ; la température de la peau et l'appareil fébrile ont présenté exactement les mêmes vicissitudes. Et de plus, dans trois cas compliqués d'érysipèle facial, d'épanchement pleural

ancien, de catarrhe et d'emphysème pulmonaire, le pouls n'a pas été ralenti. Chez trois autres sujets affectés de névralgies temporo-faciale, sus-orbitaire et sciatique, intenses, mais tout à fait exemptes de fièvre, le pouls n'a pas varié, quoique la douleur eût été notablement diminuée chez un des malades. Mais tout en concluant que le sulfate de quinine n'a pas d'action directe sur le ralentissement de la circulation, M. Monneret ajoute qu'il ne l'excite jamais non plus. M. Pereira parle aussi d'un cas de rhumatisme articulaire aigu dans lequel le sulfate de quinine, porté à 8 grammes par vingt-quatre heures, après huit jours de traitement, amena la guérison ; mais le pouls garda tout le temps 80 à 85 pulsations sans avoir perdu de sa fréquence. Il faut en convenir, ces cas sont rares, et l'effet le plus général est l'abaissement notable de la fréquence du pouls, et, d'après M. Legroux, au-dessous même du type normal. M. Monneret est aussi en désaccord avec la plupart des observateurs sur l'influence exercée par le sulfate de quinine sur le tube digestif. La potion, dans plus de la moitié des cas, ne détermine que des nausées, de la répugnance et des vomissements passagers : cela est vrai. Mais ajoute-t-il, si l'on en continue l'usage pendant plusieurs jours, les vomissements deviennent plus fréquents et plus opiniâtres, ils expulsent une assez grande quantité de bile jaune ou verte. Nous avons observé quelquefois ce fait, mais rarement ; et alors les malades ont plus de répugnance que jamais à continuer l'usage de la potion. A ces symptômes, continue M. Monneret, succèdent des accidents gastro-intestinaux, analogues à ceux que déterminent les substances irritantes introduites dans les voies digestives. Derrière le sternum et son appendice, sensation pénible, qui s'est élevée jusqu'à la douleur chez un grand nombre de sujets. Sur les 22 rhumatisants, 6 éprouvèrent une inflammation des organes digestifs, caractérisée par les symptômes suivants : langue rouge, sèche, râpeuse, qui se couvre, ainsi que l'intérieur de la bouche, de plaques diphthériques ; dans un cas, ces mêmes plaques existaient dans le pharynx ; soif vive, vomissements fréquents, bilieux ; douleurs épigastriques, coliques, douleurs dans tout le ventre, météorisme, constipation suivie de diarrhée. Dans un cas, les selles nombreuses étaient constituées par du sang presque pur et par de fausses membranes ; dans un autre, l'inflammation, modérée dans l'estomac et l'intestin grêle, occupa surtout le gros intestin : symptômes généraux.

Quant à nous, qui avons été à même de faire six autopsies de fièvres typhoïdes traitées par le sel de quinine, ainsi que M. Pereira avant nous, qui en cite plusieurs, nous n'avons, dis-je,

jamais remarqué d'irritation spéciale dans les voies digestives. M. Martin-Solon fait la même remarque sur trois autopsies.

Outre ces phénomènes, que M. Monneret a seul observés, il signale des troubles nerveux, tels que vertiges, paralysie et troubles des sens, spécialement de l'ouïe, surdité complète rare; pas de céphalalgie; dans quelques cas, il y a eu amaurose complète.

Mais un fait remarquable, et dont parle aussi M. Legroux, c'est un état typhique. La ressemblance de cet état avec la fièvre typhoïde est telle, que si l'on n'était pas prévenu, on pourrait s'y tromper de prime abord.

Pour nous, nous avons vu le sulfate de quinine employé dans 23 cas de fièvre typhoïde, dont plus de la moitié très-graves. Le sel a toujours été prescrit en suspension sans addition d'acide sulfurique; voici la formule :

Pr. : Eau distillée. . . . . 64 grammes.
Sirop de groseilles. . . . . 64 —

Le sulfate de quinine a varié entre 2 et 4 grammes ; mais le plus souvent 2 grammes seulement; la potion était administrée par cuillerée à bouche toutes les deux, quatre ou six heures, suivant les indications, en ayant soin d'agiter la bouteille à chaque prise pour obtenir une répartition égale du sel. Voici les résultats que nous avons obtenus, et qui ont peu varié, quelle qu'ait été la dose du sel de quinine ; ce qui nous porte à croire que, pour l'effet physiologique, 2 grammes sont suffisants.

Circulation. — Le pouls a toujours été ralenti, et souvent avant la prise complète de la deuxième potion. Dans quelques cas, le pouls est tombé de 100, 120 pulsations à 90, 80, 70, 60 pulsations. Dans un cas, le n° 24 de Saint-Louis, après cinq jours d'administration de 2 grammes de sel par vingt-quatre heures, j'ai vu le pouls descendre à 52 pulsations : le pouls est toujours resté régulier; dans plusieurs cas il a conservé de la force; il n'est presque jamais devenu petit, misérable. Les battements du cœur sont restés réguliers. Dans 3 cas, la face et les extrémités ont offert un aspect cyanosé plus marqué que d'ordinaire dans la fièvre typhoïde ; et cet aspect ne s'est pas toujours rencontré dans les cas les plus graves : il existait chez le malade dont le pouls était tombé à 52 pulsations. Mais le plus grand ralentissement du pouls s'est toujours fait remarquer après plusieurs jours d'administration du sel : lorsque l'on diminuait les doses, ne donnant les prises que de six en six heures au lieu de deux en deux heures, le nombre des pulsations augmentait. L'effet sédatif persistait encore, sensible, un ou deux jours après

la cessation du médicament ; mais cette persistance nous a paru moindre que celle signalée par M. Legroux.

Sécrétions. — La sueur a été presque constante et le plus souvent très-abondante, paraissant liée à l'action du sulfate de quinine. Les urines n'ont pas été notablement modifiées : elles ont offert divers aspects : quelquefois claires avec un léger dépôt blanc, d'autres fois plus colorées, briquetées ; leur quantité n'a pas été sensiblement modifiée. Nous avons essayé d'y reconnaître la présence du sel de quinine : avec l'iodure de potassium ioduré nous avons obtenu un aspect floconneux légèrement jaunâtre. La température de la peau a constamment baissé avec la fréquence du pouls, et cet abaissement de la température allait jusqu'à impressionner quelquefois désagréablement la main qui explorait, surtout si la sueur était abondante. Parfois aussi la peau n'était que fraîche. Le thermomètre n'a pas été employé pour apprécier cet abaissement de température. A cette fraîcheur de la peau se joignait ordinairement une grande souplesse.

Respiration. — Nous n'avons pas observé dans les poumons d'autres modifications que celles ordinaires dans la fièvre typhoïde : je veux parler du râle sibilant et quelquefois muqueux avec de la toux, expectoration muqueuse sans caractères spéciaux ; dans nos autopsies, engorgement pulmonaire seulement. Nous avons constaté la diminution du nombre des inspirations, mais pas telle que l'ont signalée quelques observateurs, M. Grandhomme en particulier.

Voies digestives. — La soif n'a pas été augmentée, il a fallu même insister auprès des malades, dans la plupart des cas, pour leur faire boire un à deux litres de tisane dans les vingt-quatre heures. L'appétit est toujours resté sous l'influence de la maladie et n'a jamais paru modifié par le sulfate de quinine ; état nauséeux assez fréquent, surtout après quelques jours d'administration du sel. Parfois il survenait des vomissements, rarement assez fréquents pour engager à suspendre le médicament ; cependant cela n'a pas été sans exception. La langue, souvent rouge et sèche, chargée, n'a pas paru modifiée, si ce n'est par la marche de la maladie. Plusieurs fois je l'ai vue rouge, effilée, sèche, râpeuse, et cependant devenir molle, humide, perdre de sa rougeur, suivant la marche de la maladie, et cela sans que le sel eût été suspendu ou diminué ; et d'un autre côté, je l'ai vue aussi garder ses caractères malgré l'emploi du médicament. Dans cinq cas, j'ai observé un sentiment de chaleur à la région épigastrique et le long de l'œsophage, surtout vers le cardia ; sentiment du reste très-passager, et qui ne s'observait qu'au moment de la prise de

la potion, qui, le plus souvent, était avalée avec répugnance, en raison de son amertume chez les uns, chez les autres en raison de l'état nauséeux et des phénomènes cérébraux qui en étaient la conséquence. Deux fois nous avons eu à noter une très-légère angine pendant la convalescence. La sensibilité abdominale n'a pas paru modifiée par le médicament : s'il y avait de la diarrhée avant, elle continuait pendant l'administration du médicament, qui n'a pas paru la déterminer lorsqu'elle n'existait pas ; les selles n'ont pas été examinées pour savoir quelle quantité de sulfate de quinine elles pouvaient contenir.

Centres nerveux. — Du côté de la sensibilité générale, nous n'avons rien eu à noter, si ce n'est, dans un cas grave où le malade a succombé, une grande sensibilité des muscles thoraciques, surtout des pectoraux et des muscles des extrémités supérieures ; la moindre pression était intolérable. Cette sensibilité était survenue pendant une convalescence apparente ; le médicament qui avait été porté dans ce cas, vu la gravité (c'était la fièvre ataxique), à 4 grammes par jour, n'était plus alors donné qu'à la dose de 2 grammes dans les vingt-quatre heures. Cette sensibilité s'accompagnait d'un sentiment de plénitude ; le malade nous disait qu'il lui semblait être enflé. La douleur diminua très-notablement sous l'influence de l'application de flanelles trempées dans du baume tranquille additionné de laudanum et de camphre ; puis, après quatre jours d'amélioration, elle reparut. Le malade succomba trois jours après le retour des douleurs, ayant offert deux accès épileptiformes ; c'est aussi le seul cas dans lequel des convulsions se soient manifestées. Dans une autre observation, au contraire, les soubresauts des tendons et la carphologie cédèrent promptement pendant l'administration du sel.

Les troubles du côté des sens furent presque constants : bourdonnements, sifflements, tintements d'oreille, faiblesse de l'ouïe : pas de surdité complète, sauf un seul cas observé chez une jeune fille ; mais avant la prise du sel de quinine elle était déjà très-notable, et a persisté longtemps pendant la convalescence et après la cessation du médicament. Les modifications du côté de la vue ont été moins sensibles ; les pupilles généralement dilatées, rarement resserrées, mais toujours mobiles sous l'influence de la lumière. Dans un cas, la lumière d'une bougie approchée de l'œil faisait resserrer la pupille graduellement, et lorsque la lumière était à une petite distance de l'œil, la malade fermait fortement les paupières et se plaignait vivement de la douleur que lui faisait éprouver la lumière. Une légère pression sur les globes oculaires était aussi douloureuse ; ce cas offrait aussi une

amaurose incomplète. Nuages devant les yeux, brouillards, vertiges ; pas d'amaurose complète que dans un cas qui ne m'appartient pas, et qui était en voie de guérison à mon entrée dans le service.

La céphalalgie, compagne si constante de la fièvre typhoïde, fut souvent modifiée, disparut dans quelques cas ; dans d'autres, et ce sont les plus fréquents, elle fut remplacée par un état d'ivresse que les malades caractérisaient eux-mêmes en disant qu'ils avaient la tête pesante, serrée, étonnée ; quelques-uns éprouvaient même des vertiges. Il n'y eut pas de délire que l'on puisse attribuer à l'action du médicament ; et quant à l'état typhique dont parlent quelques observateurs, il était difficile de le constater ici et de séparer l'effet du médicament de l'ensemble de la maladie pour laquelle il était administré. Là se sont bornés les effets physiologiques observés chez les malades que nous avons vu traiter par le sulfate de quinine à haute dose. Si nous comparons maintenant ces effets, qui sont la répétition de ceux généralement observés dans ces derniers temps, si nous les comparons, dis-je, avec ceux rapportés par Gandini, nous voyons que ce dernier, après l'administration prolongée de la poudre de quinine, vit survenir une élévation insolite du pouls et une excitation aphrodisiaque, excitation observée par ce seul auteur. M. Mélier, de son côté, signale aussi l'élévation du pouls sous l'influence du sulfate de quinine à haute dose. M. Bretonneau avance également que le sulfate de quinine, même à faible dose, détermine chez un grand nombre de sujets un mouvement fébrile très-marqué, caractérisé par un frisson bientôt suivi de chaleur sèche, puis de moiteur, et il ajoute que de nouvelles doses de sulfate de quinine exaspèrent cette fièvre, loin de la calmer. Ces effets sont en opposition avec ceux signalés dans ces derniers temps par tous les observateurs et par nous. Le ralentissement du pouls est pour tous un fait constant, ou du moins sa persistance au même type pendant l'administration du sel. M. Monneret regarde le sulfate de quinine comme n'ayant pas d'action directe sur la circulation. Je ne puis me rendre compte de cette différence, et je n'en trouve pas l'explication dans la circonstance que les faits, différents des nôtres, ont été observés dans l'état de santé ; car le cas rapporté dans le journal d'Omodei, où il est question d'un homme marchant et vaquant à ses affaires, qui avait pris 12 grammes de sulfate de quinine, donne les mêmes résultats physiologiques observés, soit sur les typhoïques, soit sur les rhumatisants. Peut-être faut-il chercher l'explication de ce défaut de concordance dans des circonstances non

mentionnées dans les observations qui parlent de l'élévation insolite du pouls. Quoi qu'il en soit de tout ce qui précède, nous concluons que le sulfate de quinine à haute dose, et même à dose moyenne, doit être rangé parmi les médicaments hyposthénisants, et qu'il a une action directe sur le système nerveux. Quant aux doses auxquels le sel de quinine est toxique, nos observations ne prouvent qu'une chose : c'est qu'à 2 et même à 4 grammes dans une potion, le sel non acide donné de deux en deux heures n'a pas eu d'action toxique; ce qui nous porte à croire qu'à cette dose, en en surveillant l'action, le sel de quinine peut être administré chez l'adulte sans aucun inconvénient. Disons aussi que dans les six autopsies que nous avons faites, nous n'avons jamais trouvé que les lésions propres à la fièvre typhoïde, soit dans l'intestin, soit dans l'état du sang, et aucun des états décrits par d'autres observateurs, et produits, selon eux, par le sel de quinine. Dans le cas de cette jeune fille rhumatisante, morte à l'hôpital Saint-Antoine après avoir pris 5 grammes de sel, le sang était coagulé, les organes peu congestionnés. M. Fordoz, qui a analysé le sang, les reins et le foie, n'y a pas constaté la présence du sel de quinine; mais dans les urines il en a trouvé des traces très-sensibles.

(La suite à un prochain numéro.)

---

6. *Revue thérapeutique.*

(Gazette médicale de Paris, N° 18, 1846.)

Des remèdes dits expectorants et de leur indication.

Dans un article de la *Gazette médicale de Strasbourg*, M. le professeur Schützemberger insiste sur la nécessité de tenir grandement compte, dans les affections thoraciques, de la sécrétion catarrhale des bronches. Deux circonstances, dit-il, réclament dans ce cas une médication spéciale : 1° l'accumulation de mucosités plus ou moins visqueuses dans les bronches par défaut d'expectoration ; 2° une sécrétion d'une abondance extraordinaire, véritable bronchorrhée qui, malgré une expectoration facile, verse incessamment des fluides dans les voies aériennes, les obstrue et menace de faire périr les malades par asphyxie.

On a longtemps considéré l'expectoration, et beaucoup de personnes semblent la considérer encore comme le résultat d'un acte de compression purement mécanique qu'éprouvent les poumons par le resserrement du thorax, et suivi de l'entraînement des crachats par le courant de l'air, lors des efforts de toux. Il est

incontestable, dit M. Schützemberger, que ces actes concourent à l'expulsion des liquides arrivés dans la trachée-artère, dans le larynx ou dans les grosses bronches. Mais comment la toux pourrait-elle débarrasser les ramifications bronchiques plus déliées, celles qui avoisinent les vésicules pulmonaires et qui cependant contiennent souvent des liquides visqueux? L'expectoration ne se comprend complétement qu'en admettant, ce que l'expérience directe a prouvé, que les canaux aériens sont autre chose encore que des tubes inertes, doués de plus ou moins d'élasticité et jouissant d'une certaine contractilité. Or, quand malgré les signes qui indiquent la présence de fluides dans les ramifications bronchiques, et malgré la toux qui fatigue les malades, l'expectoration est difficile ou impossible, il surgit une indication rationnelle : celle de provoquer, d'exciter la contraction des canaux dont le concours est nécessaire à l'expulsion des liquides. Cette indication est remplie par les agents expectorants, au premier rang desquels sont les préparations antimoniales. Mais à quel titre les antimoniaux jouissent-ils de cette propriété? Probablement, suivant l'opinion de M. Schützemberger, en exerçant sur la contractilité des bronches une influence analogue au mouvement antipéristaltique qu'ils provoquent dans l'estomac, et au mouvement péristaltique des intestins. Leur action sur la huitième paire nerveuse est incontestable, les nausées et la sensation du malaise en sont un effet irrécusable. Les préparations antimoniales sont donc utiles dans les affections catarrhales du poumon : 1° comme expectorants, indiqués quand des crachats mobiles ne peuvent être rejetés malgré les efforts de la toux ; 2° comme moyen susceptible d'exercer une influence salutaire sur l'état de congestion des vaisseaux pulmonaires.

M. Schützemberger prescrit, dans ces circonstances, le tartre stibié à la dose de 10 à 20 centigr. en potion, ou le kermès à la même dose. Dans les cas où la viscosité même des fluides bronchiques est la cause principale de la difficulté de l'expectoration et de l'obstruction plus ou moins complète des canaux aériens, il se borne à prescrire des boissons gommeuses et émollientes prises en *quantité*. Les préparations de scille, et notamment l'oxymel scillitique, lui ont offert aussi des avantages. Quant à une foule d'autres médicaments auxquels on attribue une propriété fluidifiante, leur action lui paraît plus que problématique.

La sécrétion bronchique peut être excessivement abondante, et malgré l'expectoration, une véritable bronchorrhée peut menacer de faire périr le malade d'asphyxie. Dans ces cas, l'indication rationnelle consiste à arrêter la sécrétion, à la faire cesser

aussi promptement que possible. Les moyens propres à favoriser l'expectoration sont nécessaires sans doute; mais, tout en les continuant, il faut tarir la source de la sécrétion. Les révulsifs, et notamment les vésicatoires largement appliqués sur le thorax, sont, dans ces cas, l'agent qui doit inspirer le plus de confiance. Quant à l'abstinence des boissons, qui a été conseillée dans les mêmes circonstances, M. Schützemberger la considère comme utile à titre d'adjuvant.

De l'action physiologique et thérapeutique de l'aconit napel.

On trouve dans un recueil anglais intitulé : *British and foreign med. Review*, la relation d'une série d'expériences et d'essais thérapeutiques auxquels s'est livré le docteur Fleming pour apprécier l'action de l'aconit. Il a traité plusieurs cas de névralgie, de rhumatisme et même d'érysipèle avec la teinture d'aconit. Voici les résultats qu'il a obtenus : Sur 44 névralgiques, dont 30 ont été traités par lui-même, 17 ont guéri radicalement ; 13 n'ont eu qu'un soulagement momentané. Sur 42 cas de douleurs dentaires traitées soit par des frictions sur les gencives avec la teinture d'aconit, soit en introduisant dans la dent cariée un morceau de coton imbibé de cette même liqueur, il y a eu 17 fois guérison immédiate, 6 fois soulagement seulement, et 7 fois un résultat nul. Ce même moyen, employé contre la migraine, a paru avoir du succès 10 fois sur 15.

Les résultats que M. Fleming a obtenus dans le traitement du rhumatisme par l'aconit présentent beaucoup plus d'intérêt. Sur 22 cas de rhumatisme traités par cette substance, tous ont guéri dans un intervalle moyen de cinq à six jours : dans 3 cas, la guérison a été complète au bout de deux jours; dans un cas, au bout de trois jours, et dans 6, au bout de quatre jours.

Le soulagement qui suit l'administration de l'aconit est ordinairement très-rapide : une heure après l'ingestion de la première dose, les douleurs sont déjà moindres.

L'aconit a procuré à M. Fleming des résultats tout aussi satisfaisants dans le traitement du rhumatisme chronique (du lumbago, par exemple).

Les doses doivent varier suivant qu'on se propose d'obtenir un effet calmant ou antiphlogistique. Dans le premier cas, on donne 5 gouttes de teinture trois fois par jour, et on augmente chaque jour la prise d'une goutte, jusqu'à ce que l'on voie survenir les effets physiologiques qui appartiennent au deuxième degré de l'intoxication; dans le deuxième cas, on administre également 5 gouttes de teinture que l'on répète toutes les heures, de ma-

iodure de mercure, aidées des caustiques liquides et du fer incandescent, l'iodure de potassium le procura, c'est-à-dire que la guérison fut par lui obtenue. Alors, en effet, apparurent les signes réels d'une réparation organique : la rougeur insolite des parties malades ainsi que l'induration de leurs tissus se dissipèrent ; la vaste solution de continuité marcha franchement et rapidement vers la cicatrisation. Cinq mois après ce traitement, aucun indice de récidive n'avait encore apparu, et sans doute la guérison ne se sera point démentie. Quel sort, dans ce cas, eût été destiné à ce malheureux sans l'usage de l'iodure de potassium ! Et quel immense bienfait, dans de pareilles circonstances, que la possession d'un médicament aussi héroïquement efficace ! Le traitement fut ici continué, pendant trois mois, à des doses progressives qui, vers la fin, s'élevaient à 3 grammes par jour.

Le docteur Seguin, d'Alby, relate cinq observations de syphilis constitutionnelles anciennes qui ont été également modifiées heureusement et guéries par l'iodure de potassium. Et quoique la plupart des malades qui en étaient l'objet se trouvassent dans des conditions de santé très-fâcheuses, et que les accidents primitifs remontassent, chez certains, à plusieurs années ; quoique même ils eussent presque tous une constitution complétement détériorée, non-seulement, grâce à l'iodure de potassium, les accidents syphilitiques disparurent, mais encore leur santé générale se rétablit complétement, et aucun n'éprouva le plus léger accident.

Les praticiens ont eu de même l'occasion, au commencement de 1842, de lire, dans la *Gazette des Hopitaux*, le compte-rendu d'une conférence clinique qui démontre tout à fait quelle confiance avait déjà le professeur Chomel dans l'emploi de l'iodure de potassium contre les syphilis constitutionnelles anciennes. En effet, après avoir fait remarquer à ses auditeurs qu'il avait eu déjà plusieurs fois l'occasion de reconnaître les avantages que possède ce remède dans ces cas, il rappelle l'exemple d'une femme qu'on avait vue récemment à son service de l'Hôtel-Dieu, et qui était affectée d'exostoses du crâne avec céphalalgie très-intense, s'exaspérant pendant la nuit, et tenant évidemment à une syphilis constitutionnelle. Cette femme fut mise à l'usage de l'iodure de potassium, et, en moins de 15 jours, les douleurs avaient disparu et l'exostose était diminuée. La maladie allait sensiblement en diminuant, lorsque cette femme fut prise de la variole ; ce qui, par parenthèse, n'entrava pas la guérison définitive de la maladie syphilitique. Le professeur rappela, dans ce

moment encore, le cas bien remarquable d'une dame de province, qui, atteinte de plusieurs exostoses au crâne et dans d'autres régions, avait été d'abord incomplétement traitée par les mercuriaux ; de sorte que les symptômes morbides persistaient et faisaient beaucoup souffrir la malade. M. Chomel, consulté par elle, ayant encore voulu la soumettre à un traitement mercuriel, lui prescrivit l'usage du sublimé (deuto-chlorure de mercure) en pilules, et, au bout de trois ou quatre mois, elle allait sensiblement mieux, puisque les douleurs avaient disparu, que les exostoses avaient diminué, etc. Mais cette amélioration n'étant que passagère, et les douleurs ostéocopes étant revenues avec une intensité nouvelle, M. Chomel prescrivit l'iodure de potassium, qui fut continué pendant assez longtemps. L'amélioration ne tarda pas à se manifester, et elle persista cette fois au point que cette dame put, au bout de quelques mois, retourner chez elle, en bon état de santé. Ayant d'ailleurs continué pendant quelque temps, chez elle, l'usage de l'iodure de potassium, à dose décroissante, elle s'est vue enfin complétement délivrée de toute trace de sa syphilis, si ancienne et si invétérée, grâce à l'emploi de ce remède.

C'est encore aux organes de la presse médicale que nous devons d'avoir pu connaître quelques essais sur ce médicament tentés à l'hôpital de la Pitié par M. Lisfranc, qui l'emploie fréquemment, et qui sont tout à fait analogues, pour les résultats, à ceux que nous avons précédemment mentionnés. Voici même l'exposé succinct de trois de ces observations.

La première a pour sujet un malade qui, ayant contracté, douze ans auparavant, une *blennorrhagie simple*, sans autres symptômes syphilitiques, et ayant passé dix ans sans apparition de symptômes consécutifs, était venu se faire traiter à l'hôpital de la Pitié, de douleurs ostéocopes très-intenses et d'exostoses syphilitiques sur le tibia et la partie supérieure du cubitus du côté droit. Ce n'était donc que deux ans auparavant qu'il avait éprouvé, pour la première fois, les douleurs ostéocopes et que les exostoses s'étaient déclarées. Mais bientôt ces douleurs devinrent tellement violentes que le malade déclarait à M. Lisfranc que, depuis 18 ou 20 mois, il avait passé ses nuits sans sommeil. Quoique jusqu'à ce jour on l'eût traité sans remèdes antisyphilitiques, dans la pensée qu'il n'avait eu qu'une simple blennorrhagie, M. Lisfranc, pensant à cette circonstance de son passé qui était pour lui significative, considérant d'ailleurs que les douleurs, plus intenses la nuit, avaient en tout point l'allure

de douleurs ostéocopes, se décida, sans hésitation, à regarder les symptômes que présentait ce malade comme de nature syphilitique, et conseilla en conséquence l'iodure de potassium. C'était là en effet le bon remède, et à peine le malade en eut-il fait usage, que ses douleurs furent notablement amendées, puisque, dès le lendemain du jour où le traitement avait été commencé, elles étaient, de son propre aveu, réduites à la moitié de leur intensité habituelle, et que dans la nuit qui avait suivi l'administration de la première dose, le malade avait eu six heures de repos. Le traitement fut continué assez longtemps et procura une guérison complète.

La seconde observation se rapporte à un vieux soldat polonais qui se trouvait depuis trois ans à la Pitié, dans un état d'impotence complète, et offrant les symptômes d'une syphilis constitutionnelle des plus prononcées et des plus graves qu'on pût voir. Son corps était en quelque sorte tapissé d'ulcères vénériens : on en voyait aux bras, aux jambes, à la tête ; il avait, en outre, des fistules profondes, des caries des os et des douleurs ostéocopes extrêmement violentes. Inutile de dire que l'on avait tenté sans fruit chez lui les traitements anti-syphilitiques de toutes les formes, même les tisanes de Feltz et de Ziltman. Soumis enfin à l'usage de l'iodure de potassium, ce malade, qui depuis longtemps passait des nuits dans de douloureuses insomnies, reposa dès la première nuit qui en suivit l'administration, et au bout de 48 jours, ses douleurs ostéocopes avaient complétement cessé. Quoique ce fait ait été incomplétement donné ; quoiqu'on ait fait observer que, pendant la durée du traitement, toutes les fois que l'on suspendait l'usage de l'iodure de potassium, les douleurs ostéocopes se reproduisaient, il est probable que, par la continuation du traitement, la guérison se sera complétée.

Enfin, la troisième observation est relative à un autre malade venu de la campagne, qui avait à la jambe plusieurs ulcères vénériens dont le fond était grisâtre, les bords renversés, présentant un aspect carcinomateux, et qui étaient entourés de tissus engorgés. Or, après douze jours de l'usage de l'iodure de potassium, ces ulcères furent cicatrisés, et après trois semaines encore de continuation du traitement, le malade put sortir en parfaite santé (voir *Gazette des Hôpitaux*, page 251, année 1842). D'autres faits provenant de la pratique du même chirurgien ont été publiés depuis cette époque. Ils constatent tous l'héroïque action de ce médicament contre les accidents tertiaires.

Nous ne saurions passer sous silence une note, pleine d'intérêt,

contenue dans le *Bulletin de Thérapeutique*, t. XXII, page 65, sur le traitement de la rétraction musculaire syphilitique par l'iodure de potassium. Il y est, en effet, question de trois cas de cette affection extrêmement rare, signalée depuis quelques années seulement, laquelle affecte, le plus souvent, les muscles fléchisseurs de l'avant-bras, s'accompagne d'une douleur particulière qui s'exaspère durant la nuit, et se comporte absolument à la manière des douleurs ostéocopes. Eh bien! dans ces trois cas qui, par une coïncidence remarquable, se trouvèrent simultanément dans les salles de M. Ricord, et où, au moins chez deux des malades, la contracture existait en même temps que d'autres symptômes tertiaires, le chirurgien de l'hôpital du Midi crut devoir prescrire pour tout traitement l'usage de l'iodure de potassium, auquel il avait dû tant de guérisons remarquables ; et cette fois encore le médicament répondit à son attente, et le succès fut aussi facile à obtenir que pour tout autre symptôme tertiaire.

D'autre part, M. le docteur Langevin, du Hâvre, a fait connaître plus récemment encore, savoir en juillet 1842, d'autres faits qui, comme leurs devanciers, confirment la puissante efficacité de l'iodure de potassium contre la syphilis constitutionnelle ancienne, et en particulier contre les accidents tertiaires. Dans la première observation, en effet, il est question d'une énorme exostose du coude, d'exostoses des côtes, contre lesquelles bien des médications avaient été sans action ; tandis que, par l'emploi de l'iodure de potassium, une guérison rapide put être obtenue : la quatrième observation se rapporte à un cas non moins grave, caractérisé par des douleurs ostéocopes et nocturnes dans toutes les jointures du corps, du gonflement à la partie antérieure du coronal, dans les grandes articulations des membres supérieurs et dans les vertèbres du cou, et cela avec une extrême difficulté de se mouvoir, maigreur effrayante, etc. Et cependant il suffit d'un mois d'usage de l'iodure de potassium, à la dose de 4 grammes par jour, pour amener une guérison parfaite, sans aucune trace de claudication ni même de roideur dans aucune des articulations précédemment malades. Les autres observations de M. Langevin m'ont paru plutôt se rapporter à l'usage de l'iodure de potassium contre les accidents secondaires de la syphilis. Nous pourrons les rappeler plus tard avec plus d'à-propos.

Pourquoi ne citerions-nous pas encore ici l'observation qu'a publiée cette année, dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales*, tome II de la dixième année, le docteur Guéretin, laquelle est relative à un notaire présentant depuis des années, et consécutivement à d'anciennes infections, des « bosselures

dures, empâtées, sur le cuir chevelu, bosselures siégeant spécia-
« lement dans les os du crâne et leur périoste, et dont quelques-
« unes devinrent du volume d'un fort marron, aplaties et visi-
« blement fluctuantes, » et, avec cela, l'existence d'un ozène très-fétide, avec suppuration des narines, dépression sensible de la racine du nez, etc. Dans ce cas, un traitement anti-syphilitique par l'iodure de potassium ayant été entrepris au commencement de 1840, il arriva que les céphalalgies, qui, depuis plusieurs années, n'avaient jamais cessé pendant vingt-quatre heures d'une manière appréciable, disparurent complétement en huit à dix jours ; que les tumeurs crâniennes diminuèrent notablement, mais qu'ayant cessé le traitement au bout de quatre semaines, on vit les céphalalgies revenir plus fortes et les périostoses plus volumineuses que jamais. Ce que voyant, le médecin en revint à prescrire de nouveau l'iodure de potassium qui, cette fois, fut donné sans interruption pendant trois mois, savoir depuis le milieu d'octobre 1840 jusqu'au milieu de janvier 1841. « Par
« suite, dit l'auteur, la céphalalgie cessa complétement, et pour
« ne plus revenir, huit jours après le début du traitement. Les
« tumeurs crâniennes très-volumineuses, et dont quelques-unes
« étaient tellement fluctuantes que je fus plusieurs fois sur le point
« de les ouvrir, diminuèrent ; peu à peu la fluctuation disparut,
« et leur résolution, aidée de cinq à six applications de vésica-
« toires volants, fut tellement complète, qu'à la fin de janvier
« 1841 il n'en restait plus aucune trace. A la fin du même
« mois, il n'existait non plus aucune trace de l'ozène pour lequel
« des injections et des aspirations de solution de nitrate d'argent
« avaient été jointes au traitement général. Le malade devint
« d'une santé parfaite. La guérison fut complète et radicale. »
Le remède, commencé à la dose de 50 centigrammes, avait été élevé successivement à celle de 5 grammes.

L'intérêt qui s'attache aux succès de l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis nous engage à faire connaître quelques faits empruntés par la *Revue médicale* (année 1843, t. XI, page 257) au *Giornale delle Scienze mediche*, de Turin. Ces faits sont mentionnés par les docteurs G. Sperini, Riberi, G. Gasca. Quant au premier, il a recueilli cinquante observations de symptômes syphilitiques ou d'accidents attribués à l'abus du mercure, et qui ont cédé à l'usage de la médication précitée. Parmi ces observations, nous en trouvons un bon nombre appartenant à des accidents tertiaires, savoir : douze cas de périostites et périostoses, deux d'exostoses, un de vaste ulcère avec nécrose et douleurs ostéocopes, un de carie de l'acromion, iritis, tabes *venerea*,

et un de nécrose au sacrum. On remarqua que les guérisons étaient, en général, plus rapides que par les mercuriaux. Si quelques malades présentèrent quelques symptômes d'irritation gastro-intestinale, la plupart, loin de se trouver mal de cette médication, reprenaient de la vigueur et de l'embonpoint sous l'influence du traitement. Le fait suivant en fut un exemple remarquable.—Un jeune homme avait été atteint d'uréthrite, puis d'ulcères et de bubons syphilitiques, d'ulcères au voile du palais, de douleurs ostéocopes, de lupus, de périostose du genou droit, etc. On l'avait traité pendant plusieurs années par les préparations mercurielles, mais sans bénéfice persistant. Le malade était parvenu à un état presque désespéré. L'émaciation était extrême, lorsqu'on eut recours à l'iodure de potassium à la dose de 30 centigrammes pour commencer. Cette quantité fut portée à 50 centigrammes par jour et continuée pendant un mois. A cette époque, les symptômes les plus graves avaient disparu, et le jeune homme recouvra l'embonpoint et l'apparence de santé qu'il avait perdus depuis longtemps.

Le onzième cahier du *Journal de Médecine* publié par la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles, contient aussi une remarquable observation de syphilis constitutionnelle à accidents tertiaires, traitée encore avec le plus grand succès par l'iodure de potassium. Dans ce fait communiqué par le docteur Berghem, d'Anvers, il est question d'une femme d'une quarantaine d'années, qui, pendant dix années qu'elle se sentit tourmentée par le mal qui la rongeait, subit plusieurs traitements sans avantages durables, et qui, enfin, au 21 octobre 1842, présentait l'état suivant : « Essayant, durant une année entière, toutes « les positions sans en trouver une qui lui permette un instant de « repos, elle souffre de douleurs ostéocopes les plus atroces aux « extrémités inférieures, revenant plus intenses les nuits, qu'elle « passe en vociférations entendues par tous les voisins. Le nez « est augmenté du double de son volume vers la racine, et porte « au milieu une fistule sécrétant une petite quantité de pus que « j'attribue à la carie des os nasaux : il y a enchifrènement, et « la voix est modifiée par un gonflement des parties internes de « cet organe. Des traitements mercuriels ont fait tomber plu- « sieurs dents, d'autres se sont fixées dans des positions diverses ; « de sorte que ces difformités, jointes à celles du nez, donnent « un aspect hideux à la figure de la malade. Sur le milieu de la « clavicule gauche, est située une exostose de la grosseur d'un « œuf de pigeon : sur l'épaule du même côté, se trouve, en rapport « avec la partie postérieure de l'articulation scapulo-humérale,

« un ulcère large de près de deux pouces, arrondi et offrant tous « les caractères des ulcères syphilitiques tertiaires. Une cicatrice, « rappelant de larges ulcérations, recouvre l'articulation de « l'humérus avec les os anti-brachiaux du côté droit. Les muscles « fléchisseurs de l'avant-bras du côté opposé sont rétractés au « point de gêner les mouvements de ce membre; le moindre « exercice y fait naître des douleurs. De larges cicatrices, indices « d'anciens ulcères, d'abcès, de carie des extrémités osseuses, « recouvrent les articulations des deux genoux et s'étendent sur « tout le tiers supérieur des deux jambes. Le genou droit a encore « le double de son volume normal; il est très-sensible à la pres- « sion, et ne permet pas l'extension de cette jambe fléchie à « angle droit sur la cuisse. Une exostose de la grosseur d'une « noisette, située sur le tiers inférieur du tibia gauche, achève « enfin le tableau de ces phénomènes de syphilis constitution- « nelle, dont la malade était la victime. »

Eh bien ! le traitement prescrit par le docteur Berghem pour combattre ces divers et graves symptômes, qui pendant dix années avaient paru se jouer de tous les traitements, ne consista que dans l'administration de l'iodure de potassium, dont il augmenta graduellement la dose depuis 1 gramme jusqu'à 6, pour suivre ensuite une progression décroissante, et qui fut administré depuis le 21 octobre 1842 jusqu'au 10 janvier 1843. Et ce que n'avaient pu procurer les traitements antérieurs fut obtenu par celui-ci, c'est-à-dire que les douleurs ostéocopes, les exostoses, les ulcères mauvais, etc., disparurent, et que la malade récupéra ainsi tous les attributs d'une excellente santé.

Veut-on encore un exemple remarquable de l'excellence de la médication iodurée, alors que d'autres traitements rationnellement prescrits n'ont pas eu d'action? on le trouve dans le fait suivant, rapporté dans les *Annales des Maladies de la peau et de la Syphilis*. Un couvreur, âgé de 30 ans, entre à l'hôpital du Midi le 9 mars 1843, dans le service de M. Vidal. On apprend de lui qu'en 1830 il contracta un écoulement blennorrhagique qui dura trois mois, et qu'il eut, à la même époque, trois chancres sur le gland, lesquels disparurent au bout de vingt jours, sans laisser de trace. Ce n'a été que treize années après la disparition des symptômes primitifs, et sans accident intermédiaire, qu'il est survenu chez cet homme une affection syphilitique de la gorge ainsi que des parties molles et dures des fosses nasales. Voici même le descriptif de son état au 10 mars, quand il vint se faire traiter : aplatissement du nez par suite de la destruction du cartilage de la cloison; écoulement, par la narine droite, d'une assez

grande quantité de fluide séro-purulent ; croûte épaisse recouvrant la partie de la lèvre correspondant aux narines ; la voûte palatine offre une élévation considérable à sa partie moyenne (cette élévation paraît être, au dire de quelques médecins, un des signes les plus constants de l'infection syphilitique générale, et souvent même le seul qui soit appréciable) ; le voile du palais est détruit dans la moitié inférieure. Quant à l'état général, les fonctions s'exécutent avec régularité. Il fut traité d'abord par les pilules de Dupuytren, au nombre de deux en commençant, et puis de trois, avec addition de la tisane de salsepareille ; et au lieu d'obtenir du soulagement, l'ulcération de la lèvre ne faisant que s'étendre davantage, on remplaça, le 5 avril, les pilules mercurielles par l'iodure de potassium à la dose de 1 gramme par jour, mêlé à 25 grammes de sirop de squine, pour être pris par cuillerée à bouche à des intervalles égaux. Or, dès le 10, il y eut une amélioration sensible, avec diminution de la rougeur et dans l'élévation des bords de l'ulcération. 1 gramme de plus d'iodure. L'amélioration fut ensuite en progressant, et, le 14 mai, la guérison était complète. La dose du médicament avait été élevée jusqu'à 7 grammes dans les vingt-quatre heures.

Voici encore comment M. le docteur Schützemberger s'exprimait devant la Société de médecine de Strasbourg, le 4 mai 1843, au sujet de l'iodure de potassium employé contre les affections syphilitiques invétérées : « La science possède aujourd'hui un nombre assez imposant de faits qui démontrent que l'iodure de potassium peut rendre des services signalés dans le traitement des accidents les plus formidables de la syphilis. Les expérimentations auxquelles nous nous sommes livré à la clinique des maladies vénériennes, confirment pleinement l'utilité de cet agent thérapeutique. Déjà, en 1838, nous avons guéri par la teinture d'iode une syphilide tuberculeuse de la face qui avait résisté à l'administration méthodique du mercure, et depuis le commencement de l'année scolaire, nous avons traité et guéri par l'iodure de potassium quatre cas de syphilis invétérée. Une de ces malades était affectée d'un ulcère qui avait détruit une partie du voile du palais, d'ozène syphilitique avec carie des os propres du nez, d'affaissement de la voûte nasale, de carie et de perforation de la voûte palatine, de douleurs ostéocopes dans les tibias et au sternum. La seconde de nos malades était affectée de douleurs ostéocopes et d'ulcérations du voile du palais ; la troisième, de tubercules ulcérés du front : un quatrième malade était atteint de syphilide pustuleuse, d'ulcérations superficielles aphtheuses des amygdales et de douleurs ostéocopes du tibia. Les trois pre-

mières malades avaient subi inutilement des traitements mercuriels méthodiques ; le quatrième n'avait jamais pris de préparations hydrargireuses. Dans plusieurs cas de syphilis secondaires récentes, l'iodure de potassium nous a paru très-efficace. Nous l'avons employé avec succès dans plusieurs cas d'engorgements chroniques blennorrhagiques du testicule et dans les cas de bubons indurés.

« Plusieurs malades gravement atteints sont en ce moment soumis à la même médication, et chez la plupart d'entre eux, l'amélioration, déjà survenue, semble présager un résultat non moins satisfaisant. » (*Gazette médic. de Strasbourg*, 20 mai 1843.)

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

5. *Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique du sulfate de quinine à haute dose dans la fièvre typhoïde;* par M. le docteur Paul Boucher de la ville Jossy, ancien interne et lauréat des hôpitaux.

(Gazette médicale de Paris, N° 16, 1846.)

I. — *Action physiologique du sulfate de quinine.* — Il est reconnu par la plupart des praticiens que l'administration du sulfate de quinine, si la dose en est peu élevée, ou si l'usage en est prolongé, s'accompagne de bourdonnements, de sifflements d'oreille, de surdité même, d'éblouissements et d'un mal de tête avec un sentiment de resserrement des tempes ; d'autres éprouvent des vertiges et des vomissements, ou des nausées seulement. M. le professeur Trousseau parle, dans son *Traité de Thérapeutique*, d'un homme qui, pour s'être administré 2 grammes 50 centigrammes de sulfate de quinine, fut pris de délire, était sourd, aveugle, ne pouvait marcher, et vomissait à chaque instant des flots de bile. Tous ces symptômes disparurent *spontanément* dans la nuit suivante. Le même auteur cite l'exemple d'une jeune religieuse de l'hôpital de Tours, qui fut folle pendant vingt-quatre heures pour avoir pris seulement 1 gramme 50 centigrammes de sulfate de quinine. M. Bretonneau dit que le sulfate de quinine cause un sentiment incommode de chaleur et de pesanteur à la région épigastrique. Quelques-uns de nos malades ont éprouvé cette sensation. M. Bretonneau dit aussi que ce médicament, à la dose de 40 à 60 centigrammes, purge quelquefois. A la dose de 2 et 4 grammes, nous n'avons pas remarqué que cet effet fût fréquent, ni même qu'il fût rationnel d'établir une relation quelconque entre les selles qu'offraient quelques-uns de nos malades et l'administration du médicament. Gandini, dans une

lettre publiée en 1761, et analysée par Broussais dans l'*Examen des doctrines médicales*, parle des effets du quinquina à des doses successivement portées à 30 et même à 60 grammes par jour pendant l'espace de six à huit jours. Ces expériences furent faites sur lui-même et sur six hommes jouissant d'une parfaite santé. Voici les résultats obtenus par lui : augmentation de sommeil avec des rêves, plus de gaieté que de coutume, gaieté qui se changeait ensuite en une sorte d'ivresse; *élévation insolite du pouls*. En dehors de ces faits constants, fréquents sifflements d'oreille, *excitation aphrodisiaque*, un état d'ivresse somnolente; chez quelques-uns seulement, diarrhée qui s'arrêtait constamment le troisième jour, puis ensuite dureté extrême des matières fécales. Mais dans les observations dont il est ici question, Gandini administrait le quinquina en poudre, c'est-à-dire une substance contenant du tanin, outre les sels propres à l'écorce du Pérou. Je crois devoir aussi appeler l'attention sur l'élévation insolite du pouls et sur l'excitation aphrodisiaque signalées par Gandini ; un autre observateur parle, comme nous le verrons plus tard, de cette élévation du pouls sous l'influence du sulfate de quinine.

Dans les *Annales de Médecine* d'Omodei (février 1841), il est question d'une observation extrêmement curieuse dans laquelle sont relatés les accidents survenus chez un homme qui avait pris par erreur 12 grammes de sulfate de quinine. Voici le fait : en 1833, un employé de Mantoue, âgé de 45 ans, d'un tempérament mélancolique et habitué à une vie sédentaire, prit 12 grammes de sulfate de quinine dans un verre d'eau sucrée, croyant prendre une potion de crême de tartre, et fut aussitôt se promener. Une heure après, il éprouva des douleurs de tête et d'estomac; peu à peu les forces diminuèrent, et il survint des vertiges, des nausées et de la cardialgie. Il s'efforça d'aller plus loin ; mais il finit par tomber sans connaissance, et il fut trouvé à un mille de la ville, reconnu et transporté à sa maison. Le docteur Giacometti, ayant été appelé, observa les symptômes suivants : décubitus dorsal, face pâle, lèvres et extrémités livides et fraîches, la température de tout le corps diminuée, la respiration lente et entrecoupée par des soupirs, de temps en temps de légères syncopes, le pouls égal, mais lent et à peine sensible ; les pupilles très-dilatées, la vue et l'ouïe presque abolies, la voix très-faible, la parole embarrassée, la soif grande, la langue pâle sur les bords avec un enduit blanc au milieu ; l'air expiré est frais. Comme depuis cette ingestion il s'était déjà écoulé huit heures, et que les symptômes précités paraissant menacer la vie, il y

avait péril en la demeure, on renonça aux vomitifs, et on prescrivit une potion excitante avec les eaux distillées de menthe, de cannelle et de sirop de fleurs d'oranger ; on couvrit tout le corps de draps chauds, et on fit des frictions avec de la laine sur l'épigastre et aux extrémités. Après trois heures, la température du corps se trouva augmentée, le pouls se releva et devint plus fréquent, la face s'anima et les syncopes devinrent plus rares ; de légers borborygmes, accompagnés de quelques coliques, donnèrent l'idée d'un lavement qui soulagea beaucoup le malade. Une heure plus tard, on donna au malade un peu de bouillon avec de la chapelure ; plus tard encore, quelques gorgées de vin. Il survint un sommeil tranquille de deux heures : au réveil, le malade se trouva mieux, se rendormit pendant quelques heures de la nuit, et vers le matin on répéta la mixture de la veille, mais à des intervalles plus longs. L'amélioration fut en augmentant. Le quatrième jour, toutes les prescriptions furent suspendues ; mais la convalescence ne se compléta que quelque temps après. — Appelons l'attention sur ce fait observé chez un homme dans l'état de santé ; nous en tirerons des conséquences plus loin en le comparant avec les faits observés par Gandini et par M. Mélier. Si nous étudions maintenant les résultats obtenus par Giacomini, qui a fait de nombreuses expériences sur les lapins, nous voyons qu'en portant la dose de sulfate de quinine jusqu'à 2 grammes 50 centigrammes, il ne produisit pas d'effet digne de remarque si le sel était neutre ; mais cette dose donnée dans 45 grammes d'eau distillée avec addition de 20 gouttes d'acide sulfurique, les animaux soumis à l'expérience meurent au bout de quelques minutes sans offrir aucun signe d'agitation. Mais Giacomini ne borna pas là ses expériences, il les varia ; et par les résultats que nous allons signaler, il est arrivé, selon nous, à prouver que le sulfate de quinine ainsi administré est un hyposthénisant et non un tonique, ce que l'observation de l'action physiologique du médicament nous porte aussi à conclure. Giacomini donne à quelques-uns de ses lapins, après la prise du sel de quinine, 2 grammes d'alcool étendu d'un peu d'eau ; chez quelques autres, il administre à la place de l'alcool, dans les mêmes circonstances, 5 grammes d'eau cohobée de laurier-cerise. Aucun des premiers ne mourut ; les seconds périrent bientôt, et quelques-uns même au milieu des convulsions. Giacomini varia et répéta ces expériences, qui lui donnèrent toujours le même résultat : d'où il conclut que le sulfate de quinine est un hyposthénisant combattu avec succès par les excitants diffusibles et surtout par l'alcool, tandis que ses effets toxiques sont singu-

lièrement favorisés par l'eau de laurier-cerise et les sédatifs.

Mon ami le docteur Pereira, dans son excellente thèse inaugurale du mois de décembre 1842, arrive à ces résultats pour l'emploi du sulfate de quinine à haute dose dans la fièvre typhoïde :

La circulation est profondément modifiée et les pulsations artérielles ralenties.

La température de la peau s'abaisse quelquefois d'une manière notable.

Des sueurs abondantes sont souvent provoquées et suivies ordinairement d'une grande amélioration.

La céphalalgie sus-orbitaire est souvent remplacée par une pesanteur de tête générale.

Les bruissements, les tintements, les bourdonnements d'oreille et la surdité sont, à des degrés variables, des phénomènes presques constants, mais temporaires.

La fonction visuelle est souvent troublée : ce trouble, qui consiste en vertiges, éblouissements, et rarement en cécité complète, se dissipe bientôt spontanément.

Les convulsions épileptiformes constituent un accident rare, mais des plus graves.

Le sulfate de quinine à haute dose n'exerce aucune influence sur la muqueuse des voies digestives.

Les vomissements sont un des phénomènes les plus constants, surtout dans les premiers jours.

La diarrhée de la fièvre typhoïde cède le plus souvent et est même quelquefois remplacée par une constipation opiniâtre.

Ces résultats, ainsi que plusieurs autres que signale cet habile observateur, sont en partie en rapport avec les nôtres, comme nous le verrons plus tard.

En février 1843, M. Mélier présenta à l'Académie de médecine un mémoire sur l'emploi du sulfate de quinine à haute dose, concluant à l'exclusion de ce médicament de la thérapeutique. M. Mélier rapportait des expériences faites sur des chiens et des observations prises sur l'homme. Cinq chiens avaient pris à la fois 2 grammes de sulfate de quinine en poudre ; l'œsophage avait été lié. Un autre en prit 6 grammes en solution et à dose fractionnée. Tous ces animaux moururent en peu de temps dans un état de faiblesse extrême, après avoir eu de la titubation, de la dyspnée et de la fréquence du pouls. A l'examen des cadavres, on avait trouvé le *sang à l'état fluide*. M. Mélier en concluait que le sulfate de quinine avait la faculté de faire perdre au sang la propriété de se coaguler ; qu'il était probable que ces lésions chez l'homme étaient les mêmes que chez les

nière à arriver également au deuxième degré de l'intoxication. On soutient cet effet sédatif en donnant 2 gouttes 1/2 de teinture toutes les trois ou quatre heures, suivant l'effet produit. Dans cette circonstance, ajoute l'auteur, il est nécessaire de surveiller le malade, de le voir et de lui tâter le pouls avant de lui faire prendre une nouvelle dose.

Pour l'usage externe, M. Fleming se sert également de la teinture d'aconit à la dose d'une ou de plusieurs drachmes, en frictions trois fois par jour.

Cette même substance a été l'objet d'une étude toute particulière de la part de M. le docteur Bertini, de Turin, qui vient récemment d'en faire connaître les résultats. Il ne sera pas sans intérêt de les rapprocher de ceux que nous venons d'indiquer.

M. Bertini a souvent donné avec succès l'extrait d'aconit napel dans un grand nombre d'affections chroniques de l'appareil respiratoire qui s'accompagnaient d'expectoration puriforme; dans diverses maladies rhumatismales et arthritiques invétérées, dont quelques-unes pouvaient faire soupçonner l'existence du virus syphilitique. Parfois il a retiré un avantage marqué de l'association de cet extrait aux préparations antimoniales. En commençant son administration à la dose de 10 à 15 centigram. dans les vingt-quatre heures, il en a souvent augmenté progressivement la quantité jusqu'à 2 et même 4 grammes dans le même laps de temps, sans remarquer le moindre trouble dans l'économie. Mais pour que ce médicament produise les effets qu'a constatés M. Bertini, il faut ne se servir que de l'aconit récolté dans les montagnes; l'extrait doit toujours être retiré des feuilles récentes exclusivement et renouvelé chaque année. Enfin, M. Bertini donne la préférence à l'extrait alcoolique, bien plus efficace, suivant lui, que l'extrait aqueux.

Application des bandages dextrinés au traitement de l'eczéma.

M. Devergie vient de faire récemment quelques essais de traitement de l'eczéma au moyen des bandages dextrinés. Voici la solution dont il se sert : eau, 1,000 grammes; dextrine, 125 à 150 grammes. Le bandage se compose de circulaires se recouvrant à deux tiers de la largeur de la bande, sans compresses préalables et sans qu'on soit obligé de doubler ou de tripler le bandage d'épaisseur, comme on le fait en chirurgie, en enroulant 15 à 20 mètres de bande autour d'une jambe. Chaque bandage reste appliqué pendant trois jours, et quoiqu'il soit lâche et souple à cette époque, il est toujours nécessaire et même indispensable de le mouiller complétement avec de l'eau

tiède avant de l'enlever, et de ne l'enlever qu'avec de grandes précautions pour éviter tout arrachement de l'épiderme.

Un liquide plus dense supprimerait trop promptement la sécrétion ; il aurait encore, suivant M. Devergie, l'inconvénient de faire naître çà et là quelques pustules impétigineuses qui obligent à suspendre l'emploi de ce moyen. Il ne devient nécessaire que pour consolider la peau. Quant à la pression, elle doit être douce, de telle sorte que le membre du malade n'en présente pas de traces après l'ablation du bandage. M. Devergie laisse ordinairement écouler vingt-quatre heures avant l'application d'un bandage nouveau.

Il était important de savoir si les bons effets obtenus provenaient ou du bandage compressif ou de la dextrine (l'auteur n'aurait-il pas dû ajouter : ou de l'abri du contact de l'air ?). Des essais tentés à cet égard par M. Devergie lui ont paru résoudre la question en ce sens que la dextrine seule ne produit aucun résultat avantageux; il s'en est assuré en faisant panser les mêmes eczémas avec des compresses dextrinées seules, sans compression.

Le bandage compressif seul remplirait-il le même but ? Oui, dit M. Devergie, dans certains cas, et notamment dans l'eczéma variqueux; mais ayant fait porter alternativement à quelques-uns de ses malades un bas lacé, puis le bandage dextriné, les effets ont été infiniment préférables avec ce dernier moyen. Il y a plus : ces affections restaient stationnaires avec un bas lacé seul. Quant à la bande sans dextrine, elle devient utile, mais elle s'imbibe très-facilement de fluide sécrété, et on ne l'enlève qu'avec peine, parce qu'il est long et parfois impossible de l'humecter d'eau tiède ; d'où résultent des arrachements plus ou moins considérables d'épiderme.

Une circonstance importante à noter dans l'emploi du bandage dextriné, c'est la cessation très-rapide de la démangeaison qui est si incommode pour les malades. Dans l'eczéma rubrum, il n'y a pas seulement des démangeaisons, il y a encore des douleurs lancinantes. Le bandage dextriné les a calmées d'une manière très-notable chez plusieurs malades.

L'auteur termine sa note par les corollaires suivants :

Le bandage dextriné peut être très-utile dans le traitement des eczémas limités aux jambes. (C'est là que la maladie s'observe le plus souvent.)

En général, pour l'employer, il faut attendre que la période aiguë soit tombée et que la sécrétion soit très-notablement réduite.

On peut cependant l'appliquer temporairement comme modificateur dans certains eczémas rebelles, quoiqu'ils soient dans leur période aiguë; mais alors il faut le retirer après vingt-quatre heures d'application, afin d'éviter toute répercussion.

Ce moyen est surtout indiqué dans les cas d'eczéma avec varices ou avec œdème.

Il ne doit être mis en usage que pour les eczémas francs et exempts de la forme impétigineuse.

Emploi de l'oxyde noir de mercure contre les vomissements des femmes enceintes.

M. le docteur Stackler a communiqué à la Société médicale du Bas-Rhin deux observations de vomissements opiniâtres chez les femmes enceintes, dans lesquels il est parvenu à maîtriser les accidents par l'usage de l'oxyde noir de mercure à la dose de 5 centigrammes par jour. Ce médicament n'a eu aucun inconvénient et n'a pas amené la moindre trace de salivation. M. le docteur Jauger a cité, à cette occasion, des faits de convulsions hystériques, de vomissements sympathiques d'un état utérin, guéris par l'oxyde noir de mercure. Ce médicament serait si approprié, suivant ce praticien, à l'état d'irritation de ce viscère, qu'il convient également dans l'état de grossesse et de vacuité.

On comprendra l'importance qu'aurait cette propriété de l'oxyde noir de mercure, si l'expérience ultérieure venait à la confirmer, en se rappelant combien ces vomissements opiniâtres, dont quelques femmes sont atteintes pendant la gestation, sont quelquefois graves. M. le professeur Forget a cité à la même Société, à l'occasion de la communication de M. Stackler, le cas d'une femme qui, après avoir été réduite au dernier degré d'émaciation par suite de ces vomissements nerveux, avait fini par succomber au sixième mois de sa grossesse (*Gazette méd. de Strasbourg*).

Substitution du bromure à l'iodure de potassium dans le traitement des affections syphilitiques.

L'analogie de composition et de propriétés chimiques que présentent les bromures et les iodures, et l'élévation considérable du prix de ces dernières préparations, ont donné l'idée à M. Ricord d'expérimenter le bromure de potassium dans le traitement des affections syphilitiques, et particulièrement dans les cas où est indiqué l'usage des iodures, c'est-à-dire dans les accidents syphilitiques tertiaires. Un certain nombre de malades ont été soumis à cette médication dans le service de M. Ricord, à

l'hôpital des Vénériens. Les résultats en ont été généralement avantageux. Le bromure, administré aux mêmes doses et de la même manière que l'iodure, a produit les mêmes effets, mais seulement avec plus de lenteur chez quelques malades.

Arsenic dans les fièvres intermittentes.

On se rappelle que M. Gintrac, après une première série d'expériences sur l'emploi de l'acide arsénieux dans les fièvres intermittentes, d'après la formule de M. Boudin, publia des résultats tout différents de ceux qu'avait obtenus ce praticien. De nouvelles tentatives, provoquées par une publication récente de M. Boudin, ne paraîtraient pas avoir été plus heureuses. M. Gintrac a employé l'acide arsénieux sur 37 fébricitants dont le type et la durée de la fièvre étaients différents. Voici les résultats auxquels il est arrivé.

Dans 6 cas, la guérison a été définitive et immédiate; dans 7, la fièvre a éprouvé une modification assez remarquable, dans laquelle les trois stades n'étaient plus distincts. L'accès semblait avoir disparu; mais il restait un état fébrile continu: le pouls donnait de 90 à 100 pulsations, la peau conservait une chaleur assez élevée. Néanmoins cet état s'est dissipé sous l'influence de soins hygiéniques simples, excepté chez un individu maintenant atteint d'anasarque. 4 fois les accès, après avoir cédé à l'emploi de l'arsenic, ont, peu de jours après, reparu et nécessité l'emploi du sulfate de quinine; enfin, chez 16 malades, l'arsenic n'a produit aucun effet sensible, et il a fallu recourir au sulfate de quinine. (*Journal de méd. de Bordeaux.*)

Association du carbonate de fer au sulfate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes.

Le professeur Lippich, de Padoue, dit avoir retiré des avantages de l'association du carbonate de fer au sulfate de quinine dans le traitement des fièvres d'accès.

Voici sa formule :

Pr. :	Carbonate de fer. . . .	1 gramme.
	Sulfate de quinine. . .	1 —
	Extrait de pissenlit. . .	q. s.

M. et f. s. a. une masse homogène et de consistance convenable, pour être divisée en trente pilules, dont on fait prendre deux toutes les deux heures.

La quantité de carbonate de fer peut être portée graduellement jusqu'à 2 grammes.

M. Lippich a prescrit avec succès les pilules de Vallet pour

prévenir la récidive des accès. Il associe ces mêmes pilules au sulfate de quinine pour combattre l'hypertrophie de la rate.

Traitement topique de certaines maladies de la peau.

M. Cazenave prescrit souvent avec succès l'emploi de simples lotions acidulées contre certaines formes légères de l'acné, du lichen, du pityriasis, de l'herpès et même de l'eczéma ; ou bien encore, et spécialement dans l'impétigo, par exemple, après avoir fait tomber les croûtes, il recourt avec avantage à l'application du soluté alumineux suivant :

Pr. : Alun. . . . . 8 grammes.
Infusé de roses de Provins. . . 500 —
Mêlez et faites dissoudre s. a.

Il porte quelquefois, suivant les cas, la dose du sel alumineux jusqu'à 12 grammes pour la même quantité d'infusé.

Mais la lotion qui réussit le mieux contre ces diverses affections est, sans contredit, une lotion hydrargyrique analogue au médicament secret connu sous le nom de *liqueur de Gowland*, et plus encore à l'*émulsion mercurielle de Bateman*. Après plusieurs essais, M. Cazenave s'est arrêté définitivement à la formule ci-dessous pour la composition de cette lotion :

Pr. : Bichlorure de mercure. . . . 10 centigr.
Chlorhydrate d'ammoniaque. . 10 —
Emulsion d'amandes. . . . . 250 grammes.
Mêlez et faites dissoudre s. a.

Lorsque, dans l'eczéma, l'éruption est tout à fait chronique, alors M. Cazenave fait pratiquer des lotions fréquentes avec le mélange suivant :

Pr. : Acide azotique. . . . . 25 gouttes.
Acide chlorhydrique. . . . . 25 —
Eau distillée. . . . . 300 grammes.
Mêlez par agitation.

(*Gaz. des Hôpit.*)

Efficacité de la brucine contre les paralysies rebelles, suite d'apoplexie ; mode d'action de ce médicament.

M. Bricheteau substitue à la strychnine, dans le traitement de ces paralysies rebelles qui persistent à la suite de l'apoplexie, la brucine, à laquelle il reconnaît la même efficacité, et de plus l'avantage sur la strychnine de pouvoir être donnée à des doses plus élevées sans crainte de déterminer des accidents funestes.

On pourra juger, d'après la relation sommaire de l'un des cas où ce médicament a été employé, et de son action et de la manière de l'administrer.

Un homme entra à l'hôpital ayant une hémiplégie du côté gauche et une altération sensible des facultés intellectuelles, une surdité presque complète, suite d'une ancienne attaque d'apoplexie. Dès le jour de son entrée, il fut traité par la brucine à la dose de 1 centigram.; on prescrivit pour boisson une infusion d'arnica. Le premier jour, le malade ne sentit rien de particulier; le second jour, on donna 2 centig. : on continua à augmenter chaque jour de 1 centigramme, jusqu'à ce que l'effet du médicament devînt appréciable. Ce fut à la dose de 10 centigrammes que le malade put rendre compte des sensations qu'il éprouvait. Voici quel fut l'effet du médicament : une heure après avoir pris les pilules de brucine, le malade accusait une chaleur générale siégeant particulièrement dans les cuisses et les jarrets; cette chaleur était accompagnée d'une susceptibilité générale. A ces premiers symptômes succédaient des convulsions régulières, revenant par intervalles et déterminant une vive contraction musculaire; en même temps il y avait de la rougeur à la face, de la céphalalgie; le malade conservait néanmoins sa raison. Des convulsions survenaient lorsque le malade était debout, la chute était inévitable. La durée des convulsions était d'une heure : jamais il n'y a eu de trismus des mâchoires : ensuite venaient de la lassitude dans tous les membres et un besoin irrésistible de sommeil. Ce malade a pris de la brucine pendant trois mois et demi ou quatre mois environ, au bout duquel temps il marchait parfaitement sans appui.

De l'ipécacuanha à dose vomitive considéré comme tonique.

Suivant les médecins anglais, l'ipécacuanha ne possède pas seulement une action vomitive, mais il jouit encore d'une propriété tonique des plus remarquables, qui peut trouver son appréciation dans un grand nombre de circonstances. M. le docteur Higginbottom, dans une note qu'il a publiée sur ce sujet dans *The Lancet*, dit qu'il remarqua pour la première fois cette propriété, il y a un grand nombre d'années, chez une femme atteinte de choléra arrivé à sa dernière période, et tombée dans le dernier degré de débilitation. 1 scrupule d'ipécacuanha, administré dans cet état, la modifia tellement, qu'au bout de quelques heures la malade entrait en pleine convalescence. Depuis trente ans, dit-il, de nombreux succès l'ont affermi dans cette pratique, qu'il a modifiée suivant une méthode adoptée par la plupart de ses compatriotes : elle consiste à administrer au malade, deux ou trois heures après l'action de l'émétique, une pilule composée de 5 centigrammes d'opium, 25 centigrammes de pilule bleue,

que l'on fait suivre d'une dose de rhubarbe, avec 2 grammes de sulfate de potasse, qui facilitent l'action des intestins.

Parmi les affections dans lesquelles M. Higginbottom a fait usage de cette méthode avec succès, il cite particulièrement les hémorrhagies utérines dans lesquelles le seigle ergoté et les astringents ont été insuffisants, et qui étaient suivies d'un grand épuisement, les bronchites dans le cours desquelles il survient une dyspnée très-prononcée avec un sentiment de faiblesse extrême et menace de suffocation, etc. L'emploi de l'ipécacuanha, dans ces diverses circonstances, fait disparaître immédiatement ce que ces symptômes ont de plus grave, relève l'économie et assure une prompte convalescence.

Guérison d'un empoisonnement par le vert-de-gris, au moyen de l'albumine et du proto-sulfure de fer.

Le fait suivant, observé par M. Barbet Lartigue (de Bordeaux), est consigné dans le *Journal de Chimie et de Pharmacie :*

Obs. — Le nommé P... déclare qu'il vient de s'empoisonner avec du vert-de-gris ajouté à du vin. Au bout de quelques minutes, il éprouve des vomissements dans lesquels on retrouve, en effet, la présence de l'acétate de cuivre. On transporte immédiatement cet homme à l'hôpital, où on lui fait prendre en grande quantité de l'eau albumineuse ; puis, quelque temps après, on peut lui administrer le proto-sulfure de fer hydraté, deux cuillerées toutes les demi-heures, en continuant l'usage d'eau albumineuse, administrant également des lavements émollients et appliquant des sinapismes aux jambes.

Le soir, à 9 heures, commencement de réaction, vomissements, diarrhée ; mais le ventre est moins douloureux. (Bains, proto-sulfure de fer toutes les heures.)

Le 5, nuit assez calme ; le malade n'a pas vomi depuis plusieurs heures ; diarrhée ; pouls plein, à 90 ; douleurs vives à l'épigastre ; ventre tendu. (Vingt sangsues sur l'abdomen, bain, boissons albumineuses, lavements émollients.)

Le 6, amélioration marquée. (Continuation du même traitement avec quelques légers bouillons.)

Le 7, le malade ne souffre plus, il peut quitter l'hôpital.

M. B. Lartigue fait remarquer à cette occasion que l'on néglige trop souvent l'emploi des antidotes chimiques indiqués dans les auteurs. Dans ce cas-ci, par exemple, il n'hésite pas à attribuer ce prompt rétablissement à l'emploi de l'albumine, du sucre, et surtout du proto-sulfure de fer, qui, lorsqu'ils sont administrés à propos et à temps, sont des contre-poisons héroïques. Mais, ainsi

que le fait observer avec non moins de raison le rédacteur du *Journal de Chimie*, les recommandations de l'auteur, justes en elles-mêmes, ne sont pas toujours applicables dans tous les cas où le médecin est appelé. En effet, la plupart du temps, lorsque le médecin arrive près du malade, il s'est écoulé un laps de temps pendant lequel, si le malade n'a pu vomir immédiatement, le poison ingéré aura pu être absorbé et pénétrer jusque dans la trame des tissus. Dans tous les cas, ce qu'il y a donc de plus pressant à faire est de faciliter l'évacuation du toxique, sauf à recourir aux neutralisants après, s'il y a lieu.

Nouveau procédé pour la préparation du tartrate de potasse et d'antimoine.

M. Cardella expose de la manière suivante le nouveau mode de préparation qu'il propose pour l'obtention du tartre émétique.

On prend du régule d'antimoine que l'on réduit en poudre très-fine, et on met cette poudre dans un vase de terre non vernissé, que l'on place sur des charbons ardents, en évitant avec soin de chauffer de manière que la température puisse être portée à un degré trop élevé.

On observe d'abord un dégagement de vapeurs qui toutefois ne tarde pas à s'arrêter. On retire alors le vase du feu et on laisse refroidir. Après le refroidissement, on trouve la poudre conglutinée, mais sans avoir éprouvé de fusion.

On pulvérise cette masse, et après avoir fait passer le produit de la pulvérisation au travers d'un tamis à mailles serrées, on remet la poudre obtenue dans le même vase de terre non vernissé, et on chauffe jusqu'au rouge, en ayant soin d'agiter incessamment la substance jusqu'à ce qu'elle ait acquis une coloration cendrée. Arrivé à ce point de l'opération, on retire du feu, on mélange la poudre avec un poids égal de bitartrate potassique, on ajoute dix parties d'eau, et on fait bouillir pendant deux heures dans un vase vernissé. On filtre ensuite et on concentre la liqueur par évaporation ; après quoi on la dépose dans un lieu frais et on l'abandonne au repos pendant vingt-quatre heures. Au bout de ce temps, il ne reste plus qu'à recueillir les cristaux et à les dessécher en les comprimant doucement entre des feuilles de papier non collé.

Suivant M. Cardella, ce mode de préparation a le double avantage de l'économie et de la pureté parfaite du produit, car le sel obtenu est complétement exempt d'arsenic.

Moyen de reconnaître le degré d'activité de la digitale.

M. Falken, pharmacien à Rebo, indique le procédé suivant pour reconnaître le degré d'activité de la digitale.

On fait infuser pendant une heure 50 centigrammes de poudre de feuilles de digitale dans de l'eau bouillante. Après avoir passé, on ajoute à la colature refroidie 20 à 30 gouttes d'un soluté de ferrocyanure de potassium, dans la proportion de 75 centigrammes pour 15 grammes d'eau distillée. Si la digitale est active, l'infusé se trouble peu à peu; mais s'il ne se trouble pas dans l'espace de dix à quinze minutes, on peut considérer la digitale en épreuve comme n'ayant pas le degré suffisant d'activité.

Les recherches comparatives auxquelles M. Kalken s'est livré sur les diverses espèces de digitale, à l'aide de ce procédé, l'ont conduit à considérer la digitale récoltée en Suisse comme la plus active (*Froriep's notizen*).

---

7. *De l'abus des vésicatoires chez les jeunes enfants;* par M. Quiet, docteur en médecine, ancien interne de l'hôpital des Enfants malades, membre de la Société anatomique.

(Gazette médicale de Paris, Nos 13 et 14, 1846.)

Il existe dans la pratique de la médecine des abus nombreux qui traversent sans contrôle les générations scientifiques, et contre lesquels le praticien ne peut que protester sans pouvoir les détruire complétement. L'abus que je viens signaler ici est de ce genre; il est tellement enraciné dans les masses, qu'il est presque imprudent de vouloir y toucher : aussi est-il peu d'hommes de nos jours qui arrivent à la puberté sans porter au bras les stigmates de cette vieille médecine humorale qui, nous ne craignons pas de le dire, ne raisonne pas toujours, comme elle devrait le faire, ses moyens de traitement. Ceci est tellement vrai, que depuis que j'exerce la médecine il est peu d'enfants soumis à mes soins que je n'aie trouvés, pour une cause ou pour une autre, affligés d'un exutoire au bras. Déjà, pendant mon internat à l'hôpital des Enfants malades, dans le service de chirurgie, cette remarque m'avait frappé, et je m'étais demandé si une pareille pratique n'était pas en réalité plus nuisible qu'utile. Depuis, les faits qui se sont présentés à mon observation ont été plus que suffisants pour me faire une conviction à ce sujet. C'est cette conviction que je voudrais faire passer dans l'esprit de mes lecteurs.

Tout d'abord et en règle générale on peut contester qu'un

moyen thérapeutique usité dans tous les cas morbides soit parfaitement applicable à tous. Mais procédons avec ordre et voyons ce que l'on se propose par l'application des vésicatoires. On se propose généralement, soit de stimuler la peau dans le but de relever les forces épuisées et de ranimer la vie qui semble près de s'éteindre, soit d'attirer sur un point quelconque de la superficie cutanée *une humeur* qui a de la tendance à se fixer ailleurs, et de déterminer ainsi une dérivation utile. Dans le premier cas, les vésicatoires sont presque toujours impuissants, et la plupart des praticiens ne les ordonnent que comme dernière ressource pour l'acquit de leur conscience, quelquefois même pour satisfaire à ce préjugé qui *veut qu'on prescrive* alors qu'il est bien prouvé que la mort est inévitable. Il y a un demi-siècle environ, les vésicatoires étaient réservés pour ces cas extrêmes. Aussi, lorsqu'on en venait à ce dernier moyen, était-il évident pour le public que le malade était au plus mal. Ce préjugé, du reste, existe encore dans certaines localités, et il m'est arrivé, à la campagne surtout, d'entendre jeter les hauts cris lorsque je croyais devoir prescrire des vésicatoires volants pour des douleurs rhumatismales des extrémités inférieures. Je n'ai point à m'occuper de l'opportunité des vésicatoires dans ces cas extrêmes; car il me semble fort inutile d'aggraver l'agonie des malades, de quelque âge qu'ils soient, par l'emploi d'une méthode qui n'offre alors aucune chance de succès.

La seconde indication que l'on se propose de remplir par l'emploi des vésicatoires est celle de produire une dérivation puissante. Cette indication est sans contredit la plus importante; aussi, depuis quelques années, les vésicatoires sont-ils devenus les agents thérapeutiques les plus employés : c'est un moyen tellement populaire que le plus souvent leur application n'est pas soumise à l'appréciation d'un médecin ; ce sont *les commères* qui se chargent de les prescrire. Trop souvent, avouons-le, *les médecins se font commères :* mais, comme tous les agents médicamenteux, les vésicants demandent à être maniés avec prudence et avec discernement. C'est ce qui, malheureusement, n'a pas lieu : je vais essayer de le prouver pour l'enfance, époque de la vie où l'on abuse véritablement de ce moyen, et cela sans raison ni utilité.

Afin de faire bien saisir ce que j'ai à dire sur ce sujet, je crois nécessaire d'entrer dans quelques considérations relatives aux maladies du premier âge. Sous le nom générique d'enfance, on comprend cette période de la vie qui s'étend de la naissance à la puberté. Mais ici il a été important d'établir des divisions ;

car l'enfant qui vient de naître n'est plus dans les mêmes conditions que celui qui a déjà acquis un âge plus avancé. Il offre sans contredit beaucoup moins de résistance aux différentes causes de maladie, et les soins hygiéniques sont presque toujours les seuls qui soient à la disposition du médecin. Grande vérité qu'on ne semble pas toujours comprendre; car combien voit-on de pauvres enfants qu'une médecine barbare et irrationnelle martyrise dès l'âge le plus tendre, qu'elle couvre d'exutoires de toute espèce, pour obvier à je ne sais quelles humeurs peccantes qui se traduisent à la peau par des éruptions de toute sorte. Mais n'anticipons par sur les faits : je reviendrai sur ce sujet en temps et lieu.

Sauf quelques maladies tout à fait particulières à l'enfance, les affections qui surgissent dans cette période de la vie sont à peu de chose près les mêmes que celles de l'adulte ; seulement il y a ici une remarque importante à faire: c'est que ces maladies sont modifiées par la faiblesse de l'enfant, et qu'elles le sont d'autant plus que l'on se rapproche davantage de l'époque de la naissance. Quelle transition brusque, quand on y réfléchit bien, de la vie extra-utérine à la vie proprement dite ! A peine l'enfant est-il sorti de l'utérus de sa mère que tous les modificateurs extérieurs viennent réagir sur sa frêle organisation. L'air, avec lequel tout son corps se trouve maintenant en contact, pénètre dans ses poumons jusqu'alors vierges, et une nouvelle fonction s'établit brusquement. Détaché du tronc qui l'a nourri jusqu'à présent, le fœtus, qui trouvait dans les humeurs de sa mère une alimentation suffisante, doit maintenant en appeler à un autre système d'organes pour la conservation d'une vie qui lui est désormais propre. La nature, il est vrai, dans sa sage prévoyance, a préparé pour l'enfant nouveau-né une liqueur bienfaisante appropriée à la faiblesse de ses organes et en convenance parfaite avec ses besoins ; mais quand les hommes ont-ils su se conformer aux desseins de la Providence ? ... Le vœu le plus sacré de la nature, ils l'ont repoussé loin d'eux, et les mères rougissent presque de se montrer mères dans toute l'acception du mot, dans toute la sainteté des devoirs que ce titre comporte ; c'est à peine si on cherche à remplacer le sein maternel par celui d'une bonne nourrice : l'allaitement par le biberon semble avoir prévalu de nos jours. Que de maladies entraîne un pareil mode d'alimentation ! ... C'est moins coûteux, vous dit-on. La question d'argent est tout à notre époque : devant elle s'inclinent les intérêts les plus sacrés. Il n'en est pas moins vrai que l'allaitement par le biberon est le plus mauvais de tous; et les médecins montrent en général à ce sujet une coupable condescendance. Rien, je l'ai

dit ailleurs (1), ne peut remplacer le lait et les soins d'une mère ; mais quand cette mère, pour une cause ou une autre, ne peut se résoudre à nourrir, donnez alors à l'enfant une bonne nourrice. Je blâme de toutes mes forces l'allaitement par le biberon ; l'expérience de tous les jours prouve son insuffisance, et la plus grande partie des affections gastro-intestinales du premier âge ne reconnaît pas d'autres causes. On m'objectera, je le sais bien, que beaucoup d'enfants sont nourris au biberon, que ces enfants se sont bien élevés et qu'ils sont devenus des hommes robustes et vigoureux, etc. A cela je répondrai que les enfants robustes, sains, exempts de tout vice héréditaire, s'élèvent bien de toutes les manières possibles ; mais que les enfants faibles, délicats, dotés par l'hérédité d'une prédisposition funeste, que ces enfants, dis-je, se trouvent très-mal d'un pareil allaitement, et que trop souvent ils en sont les victimes.

Cette digression trop longue peut-être a pour but de faire voir que les enfants puisent, dans ce brusque apprentissage qu'ils sont appelés à faire de la vie, des causes nombreuses et puissantes de maladies. A mesure que l'enfant avance dans la vie, il prend plus de force ; il réagit par là même avec plus d'avantage contre les influences extérieures, et rentre peu à peu dans les conditions des êtres qui ont acquis leur summum de développement. Cependant l'accroissement, la dentition, les vers, ont été pendant longtemps et sont encore par quelques médecins considérés comme des causes spéciales de maladies. Mais une observation sage et consciencieuse a fait voir que ces influences ont été singulièrement exagérées ; et sans nier que des accidents terribles ne puissent coïncider soit avec l'éruption des dents, soit avec un développement anormal du squelette, on en est arrivé, de nos jours, à considérer ces influences comme tout à fait secondaires. Ces considérations nous amènent tout naturellement à reconnaître que les affections qui se présentent dans la première période de la vie reconnaissent les mêmes causes que les maladies de l'adulte ; que ces maladies, dont certains auteurs voudraient faire une pathologie spéciale, sont à peu de chose près les mêmes que celles d'un âge plus avancé ; que si elles présentent une physionomie particulière et demandent la plus grande réserve dans leurs moyens de traitement, cela tient évidemment à la faiblesse radicale de l'organisation, à la prédominance des éléments nerveux et lymphatique, et aux prédispositions innées qui leur sont transmises par l'hérédité.

(1) *Études pratiques sur l'affection scrofuleuse chez les enfants* (*Revue médicale*, 1844.)

Les maladies des enfants se divisent, comme celles de l'adulte, en maladies aiguës et maladies chroniques. Les affections aiguës qui se développent chez les jeunes enfants sont essentiellement remarquables par leur extrême acuité, par l'effrayant appareil de symptômes que l'on voit se développer tout à coup, et par l'épouvantable rapidité avec laquelle la maladie se juge, soit par une terminaison fatale, soit par une guérison inespérée. Trop souvent, disons-le, le praticien se trouve désarmé en face d'accidents, en apparence si formidables, qu'il ne sait pas toujours à quelle cause rattacher. A peine ose-t-il hasarder un pronostic avantageux, quoiqu'il sache que, fort heureusement pour notre art, la nature est si puissante et si riche de ressources, qu'elle vient à bout, seule, de rétablir l'équilibre un moment rompu et de ramener la santé. Je n'ai pas besoin de faire observer que l'expectation serait déplacée et mortelle dans certaines maladies qui semblent particulières à l'enfance et qui demandent une médication prompte et énergique : je veux parler de l'angine couenneuse, du croup, de la gangrène de la bouche, etc. Ici, le médecin qui s'endormirait dans une sécurité trompeuse, et compterait sur les efforts de la nature, aurait à répondre devant sa conscience de la mort de ses malades ; car, bien que ces affections soient le plus souvent mortelles, c'est dans les cas les plus désespérés que le médecin doit lutter avec le plus d'énergie, et qu'il ne doit pas reculer devant l'exécution des moyens, si précaires qu'ils soient, que l'art met à sa disposition.

A part ces cas exceptionnels, qui demandent une thérapeutique énergique, l'expectation est la seule médecine rationnelle qu'un médecin consciencieux puisse appliquer aux maladies aiguës du premier âge. C'est assez dire que l'emploi des vésicatoires doit être fort borné dans ces maladies. Chez les tout jeunes enfants, et ce sont ceux-là que j'ai particulièrement en vue dans ce travail, ils sont, à mon avis, toujours nuisibles, surtout chez les sujets éminemment nerveux et irritables ; disposition que la maladie augmente encore. Cependant la plupart des auteurs les recommandent, surtout dans la pneumonie, la bronchite, l'entéro-colite, le croup même, etc. Le docteur Bouchut, par exemple, qui a publié dans ces derniers temps un excellent manuel sur les maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle (1), recommande, au début de la pneumonie, un large vésicatoire comprenant toute la largeur de la poitrine en arrière. Il a vu, dit-il, dans le service du professeur Trousseau, de bons résultats de cette méthode.

(1) *Manuel pratique des maladies des nouveau-nés*, etc. — Paris, 1846, chez J.-B. Baillière.

Chez un de ses malades, les accidents furent immédiatement arrêtés à la suite d'une telle application, et l'enfant fut complétement guéri le troisième jour. Plus loin, il s'exprime ainsi (1) : « Dans la seconde période de la pneumonie, les vésicatoires sont « moins évidemment utiles que dans la période de début ; ce- « pendant leur emploi ne doit pas être rejeté. Il faut prescrire « *un vésicatoire aussi large que la poitrine*, et l'appliquer en ar- « rière de manière à couvrir les deux côtés du thorax..... *Ce* « *moyen n'entraîne point de danger ;* il ne produit pas chez le « jeune enfant, comme chez l'adulte, le ténesme vésical et la ré- « tention d'urine. »

Je commence par déclarer que, plus que tout autre, je rends justice à l'esprit de saine pratique qui a dirigé l'auteur que je cite dans la confection de son livre; mais c'est au point de vue de la pratique même que je me trouve en complet désaccord avec lui sur l'opportunité des vésicatoires appliqués surtout dans d'aussi grandes proportions qu'il l'indique. D'abord, on ne peut se défendre d'un sourire d'incrédulité au récit d'une pneumonie *jugulée*, passez-moi ce mot, par un large vésicatoire appliqué dans toute l'étendue du dos. Pour quiconque a suivi avec un peu d'attention les maladies du jeune âge, rien n'est plus difficile que de déterminer par l'auscultation le point où s'arrête la bronchite et où commence la pneumonie. Je ne craindrai point d'être démenti par ceux qui observent avec soin, en disant que le diagnostic différentiel de la bronchite et de la pneumonie chez l'enfant est toujours entouré de la plus grande obscurité, pour ne pas dire impossible, et que les plus habiles en auscultation sont obligés, en pareil cas, de décliner leur incompétence. Et puis, que je sache, une pneumonie bien caractérisée ne se jugule pas plus chez l'enfant que chez l'adulte, et ce n'est pas en trois jours qu'on revient ainsi de mort à vie. Il est donc plus probable que, dans le cas cité par l'auteur, on a eu affaire à une bronchite partielle, qui aurait, je n'en doute pas, guéri sans un traitement aussi impitoyable.

Ce n'est pas tout : établir en principe que les vésicatoires, appliqués dans toute l'étendue du dos, n'entraînent aucun danger, c'est, je ne crains pas de le dire, s'inscrire en faux contre l'expérience de tous les jours. Heureusement pour les petits malades, cette méthode est loin d'être généralisée. Quant à moi, je ne sais si j'ai été plus malheureux qu'un autre, mais dans deux circonstances différentes, j'ai vu cette application exalter d'une manière

(1) *Loc. cit.*, p. 342.

fâcheuse la sensibilité de mes malades, et les jeter dans un état nerveux fort grave, qui n'a pas peu contribué à hâter leur mort. Dans ces deux cas, j'ai vu survenir une excitation très-vive, bientôt suivie d'une prostration profonde qui précéda de peu le terme fatal (1). J'ai cité ailleurs l'histoire d'une de ces malades, de 2 ans 1/2, affectée de croup, et chez laquelle l'application d'un large vésicatoire dorsal détermina une réaction épouvantable, bientôt suivie d'un coma profond et de la mort. Voici, du reste, comment je m'expliquais alors à propos de cette observation (*loc. cit.*, p. 53) : « Je dois appeler l'attention sur le résultat « malheureux de cet énorme vésicatoire, qui a déterminé une « réaction si vive bientôt suivie d'une prostration complète. Je « suis convaincu que cet immense exutoire a hâté de beaucoup « la mort de la malade. Il en ressort, du reste, ce fait pratique : « c'est qu'il faut être sobre de vésicatoires chez les enfants si « jeunes, et que lorsqu'on en croit l'indication urgente, il faut « bien se garder de les appliquer dans de grandes proportions, « sans quoi on s'expose à des accidents graves. » Le pansement de ces vésicatoires cause des douleurs vives ; les enfants crient sans cesse, se remuent de tous côtés et se découvrent à chaque instant. Jugez un peu de ce que tout cela doit produire dans une pneumonie, par exemple : les cris répétés ne peuvent qu'accroître la congestion pulmonaire ; l'impossibilité de tenir l'enfant couvert, lui que son agitation continuelle met en moiteur, augmente sans contredit les chances de la maladie, puisque le froid, qui est la cause la mieux établie des affections pulmonaires, peut à chaque instant agir sur un organisme déjà affaibli. Il ne survient point d'accidents du côté de la vessie, dites-vous. C'est possible pour les enfants à la mamelle ; mais pour ceux de 2 ans à 2 ans 1/2, ces accidents sont loin d'être rares. Ceci, du reste, résulte des observations d'un de mes confrères, le docteur Le Jeune, qui expérimente sur une grande échelle, et qui a vu souvent survenir du côté de la vessie des accidents formidables. Il m'a cité, entre autres, l'observation d'un enfant de 2 ans 1/2, auquel, pour une bronchite ou pour une pneumonie, il avait fait appliquer un large vésicatoire volant en arrière de la poitrine. Cette application détermina une dysurie qui dura trois jours. L'émission de l'urine, rare et difficile, s'accompagnait de cris aigus, et des fausses membranes bien caractérisées sortirent par l'urèthre avec l'urine. Ce n'est pas tout : le système cérébro-rachidien éprouve en pareil cas un retentissement fâcheux ; et comme la sensibilité nerveuse

(1) *Considérations pratiques sur le traitement du croup* (Thèses de Paris, 1843).

est toujours fort développée chez l'enfant, et que cette sensibilité est toujours augmentée en cas de maladie, il en résulte que, rationnellement parlant, il est prudent de s'abstenir d'une pareille thérapeutique. L'expérience est-elle, dans ce cas, d'accord avec le raisonnement? Il semblerait en être ainsi dans un grand nombre de cas; mais pourquoi alors certains auteurs ont-ils obtenu de ce moyen des résultats si avantageux ? Je dois ici prémunir contre une cause d'erreur qui empêche souvent de juger les choses à leur véritable point de vue. Il est plus difficile qu'on ne pense d'établir des relations de cause à effets, et dans la guérison des maladies, de faire la part de la nature, qui souvent guérit malgré la thérapeutique la plus incendiaire et des agents médicamenteux qu'on a cru devoir opposer à cette maladie. Aussi souvent attribue-t-on à l'action des médicaments employés une guérison qui serait survenue d'elle-même si l'on avait été assez sage pour s'abstenir. C'est là un grand écueil qui explique pourquoi certains esprits enthousiastes obtiennent, à l'aide de certains agents, des résultats merveilleux que d'autres praticiens tout aussi recommandables ne peuvent pas obtenir, sans doute parce qu'ils observent avec moins de prévention. Quoi qu'il en soit, indépendamment du fait que je viens de citer, que j'ai observé dans le service de M. P. Guersant, et dont on pourra lire la relation entière dans ma thèse, en voici un autre qui a la même signification. Je fus appelé, il y a un an environ, pour un enfant de 15 mois, qui s'était enrhumé je ne sais par quelle cause. Bientôt les accidents devinrent tels, qu'il me fut bien évident que les deux poumons étaient phlogosés. La respiration était horriblement anxieuse, la fièvre intense, la réaction trop vive pour que l'enfant, d'ailleurs délicat, pût la supporter. L'encéphale était assez fortement surexcité, la nuit surtout. Après avoir utilisé tous les moyens rationnels en usage en pareil cas, je me décidai à lui faire appliquer un vésicatoire volant comprimant toute l'étendue de la poitrine en arrière. Deux heures environ après cette application, l'enfant s'agita beaucoup. La fièvre augmenta sensiblement ; puis il survint des phénomènes convulsifs, et un anéantissement profond précéda de quelques heures la mort, qui arriva six heures environ après l'application du vésicatoire, cinq jours après l'apparition des premiers accidents. Cet enfant devait-il mourir ainsi; ou bien la médication mise en usage fut-elle pour quelque chose dans une terminaison aussi prompte ? Je laisse à mes lecteurs le soin de tirer de ce fait les conséquences qu'ils jugeront convenables. Quant à moi, j'en ai retiré, je l'avoue, une leçon utile : dès ce jour j'ai renoncé à une pareille manière de

faire, bien convaincu que je suis que lorsque l'inflammation a envahi les deux poumons d'un pauvre enfant, un vésicatoire dans de petites proportions est complétement inutile ; que, dans de grandes proportions, au contraire, il augmente toujours la fièvre, l'angoisse des malades ; qu'il surexcite l'encéphale d'une manière fâcheuse ; qu'enfin, lorsque la congestion est légère, les moyens les plus simples suffisent pour en amener la résolution, ce qui veut dire qu'en pareil cas l'organisme fait tous les frais de la guérison. Je sais bien qu'on pourra m'objecter que, dans le fait que je viens de citer, j'aurais pu guérir mon malade en trois jours, si j'avais pu prendre la maladie au début. J'avoue qu'à cet égard je persiste dans le scepticisme le plus absolu, et que je n'ai pas une confiance assez robuste dans la puissance de l'art, ou une imagination assez poétique pour croire à des cures aussi miraculeuses.

Quelle que soit, en définitive, la pratique qu'on suive en pareil cas, je crois rester dans les limites du vrai en établissant en principe que dans les maladies aiguës du jeune âge on doit être très-sobre de vésicatoires, appliqués surtout dans de grandes proportions. Cette méthode est loin d'être inoffensive, comme on semble le croire, et l'utilité d'un pareil traitement n'est pas encore assez bien constatée pour qu'on se croie obligé en conscience d'y avoir recours, au risque même de déterminer des accidents.

Je me hâte de quitter le champ des affections aiguës du jeune âge, car ce n'est pas seulement dans ces maladies que l'abus, que je tiens à signaler, existe à son plus haut degré. J'appellerai seulement, en terminant, l'attention sur cette pratique, encore assez répandue dans les provinces, qui consiste, dans la dernière période du croup, à placer un vésicatoire au devant du cou. Je m'élève hautement contre une pratique aussi irrationnelle ; et si on n'a pas le courage de hasarder une opération, qui seule, à cette époque, peut offrir quelques chances de succès, qu'on ait au moins l'humanité de respecter l'agonie de ses malades.

Les maladies chroniques de l'enfance se font remarquer surtout par leur excessive ténacité. Presque toujours, pour ne pas dire toujours, elles se lient à un vice de constitution. L'art est malheureusement obligé de décliner son insuffisance et de réclamer les secours de l'hygiène, qui seule, *avec le temps*, peut amener ces maladies à bien. Dans ces maladies, dont presque toujours les enfants puisent le germe dans la santé héréditaire ou acquise des parents, le médecin n'a qu'une indication rationnelle à remplir : *c'est de refaire une organisation défectueuse.* On

comprend facilement qu'en pareil cas les moyens thérapeutiques puisés dans la pharmacie sont bien insuffisants. Ce n'est que dans l'observation bien entendue des lois de l'hygiène, dans un régime approprié à la constitution de son malade, que le praticien peut à la longue espérer d'obtenir des résultats avantageux.

Au nombre des affections chroniques de l'enfance, je comprendrai les éruptions de toute sorte qui assiégent le corps des enfants, et que le vulgaire désigne sous le nom général de gourmes. Je sais bien que ces éruptions constituent quelquefois des accidents aigus qui ne se lient à aucun vice général ; mais le plus souvent ce sont les expressions symptomatiques d'un vice constitutionnel dont elles sont un épiphénomène important. C'est dans les cas de ce genre que les vésicatoires sont devenus un moyen populaire dont on abuse étrangement. Un enfant a-t-il une éruption quelconque, vite on lui met un vésicatoire au bras. Survient-il un écoulement par l'oreille, des glandes au cou, une ophthalmie qui persiste, etc., vite on a recours au même moyen. L'enfant, vous dit-on, a des humeurs, il faut les lui enlever ; et comme il n'existe pas un enfant, même le plus sain, qui ne présente quelques-uns de ces épiphénomènes, il s'ensuit que presque tous les enfants sont, pour une cause ou pour une autre, tyrannisés de cette manière. Si ces préjugés n'existaient que dans le peuple, le médecin pourrait les combattre avec avantage ; mais trop souvent les médecins eux-mêmes partagent la même manière de voir, et confirment, par leur pratique, les idées érronées du peuple à cet égard.

Raisonnons un peu. Quand une éruption, quelle qu'elle soit, s'est fixée à la peau, que fait l'application d'un exutoire au bras ? De deux choses l'une : ou l'éruption est aiguë, idiopathique, et constitue par conséquent un accident pathologique passager ; alors elle disparaît au bout d'un certain temps sous l'influence des moyens les plus simples (c'est du moins ce qu'on observe dans certains eczémas, dans certains impetigo, dans certains herpès, etc.) : les vésicatoires, en pareil cas, sont parfaitement inutiles ; ou bien, au contraire, l'éruption se lie à un vice constitutionnel, scrofuleux : alors, que fait un vésicatoire ? Il devient un foyer autour duquel paraît une nouvelle éruption, sans que celle qui a motivé son application ait disparu ; vous créez tout simplement une habitude pathologique de plus, sans améliorer le moins du monde l'état du sujet : et puis, quelle folie de croire que la nature va s'empresser d'obéir à vos commandements ! Vous ouvrez un émonctoire à la peau, et vous croyez que la maladie que vous voulez combattre va disparaître par cette voie. C'est une erreur

de penser ainsi. Que peut faire l'application d'un vésicatoire à demeure dans toutes les manifestations de la diathèse scrofuleuse? A-t-on, par cette application, l'intention d'attirer à la peau le vice qui infecte l'économie? C'est probable; mais je ne crains pas d'en appeler à l'expérience de ceux qui observent sans prévention : la maladie n'en marche ni plus ni moins, et l'enfant n'y gagne rien qu'une infirmité de plus.

Ce n'est pas tout. L'idée qui a motivé l'application de l'exutoire fait qu'on le conserve encore lorsque les accidents pour lesquels on a cru devoir l'appliquer ont disparu. On craint que *les humeurs*, qui sont censées s'échapper par la voie d'élimination qu'on a créée, ne se portent sur des organes intérieurs importants et n'y déterminent des fluxions graves et inquiétantes. Aussi les pauvres enfants auxquels on a mis un vésicatoire à demeure le gardent-ils longtemps. Il y a huit mois environ, je fus consulté pour une petite fille de 11 ans, affectée depuis quelques jours d'une maladie de peau, que je reconnus être un psoriasis guttata. L'éruption était considérable sur le dos et sur les bras. En examinant cette malade, j'aperçus le bras gauche diminué de moitié au niveau de la partie centrale du biceps. Il y avait là un vésicatoire qui contournait tout le bras, et autour duquel les plaques argentées ou psoriasis semblaient s'être donné rendez-vous. J'interrogeai la mère de l'enfant sur ce vésicatoire : elle me dit qu'il existait depuis six ans; qu'à l'âge d'un an on l'avait appliqué à sa fille pour une éruption du cuir chevelu; que cette éruption avait disparu, mais que le vésicatoire avait été conservé jusqu'à cette époque; que plusieurs fois elle avait voulu le faire disparaître, mais qu'on l'en avait empêchée en lui faisant observer que cette suppression pourrait être fort dangereuse pour sa fille. Sans partager le moins du monde les craintes exprimées par cette femme, je fis supprimer peu à peu ce vésicatoire, en ayant soin de purger la malade : je lui prescrivis des bains et des lotions savonneuses. Au bout de six semaines, l'éruption avait complétement disparu, le vésicatoire n'existait plus, et depuis ce temps la jeune fille n'a pas éprouvé le moindre accident. Je suis convaincu pourtant que si quelque maladie eût coïncidé avec la suppression de ce vésicatoire, c'est peut-être moi qu'on en eût accusé! Je connais encore une demoiselle de 13 ans, qui depuis son enfance porte un vésicatoire, tantôt à un bras, tantôt à un autre, pour une squammeuse humide des oreilles qui tient évidemment au vice scrofuleux. L'eczéma se sèche à certaines époques, dans l'été par exemple, sans disparaître complétement; puis au commencement du printemps, dans l'hiver et dans l'au-

tomne, il reparaît avec plus d'intensité que jamais. Pendant huit ans, on a eu la constance de maintenir un vésicatoire, tantôt sur un bras, tantôt sur l'autre, sans vouloir constater qu'il ne servait à rien. Il y a un an environ, lorsque cette jeune demoiselle me fut confiée, je fis supprimer ce vésicatoire; ce qui s'est fait sans accidents: sa suppression, du reste, n'a influencé en rien la maladie pour laquelle on l'avait appliqué; elle continue d'être ce qu'elle est depuis huit ans.

Des observations de ce genre sont loin d'être rares, et il est bon nombre de sujets qui conservent des vésicatoires par la raison toute simple *qu'on les leur a mis*. C'est par une crainte un peu chimérique, à mon avis, qu'on laisse ainsi subsister des exutoires dont le but a été plus ou moins rempli. Mais si, comme le pensent certains médecins, il y a du danger à supprimer un vésicatoire qui existe depuis longtemps, pourquoi alors les prescrire avec si peu de discernement? Pourquoi créer ainsi une habitude pathologique qu'on ne peut plus supprimer sans danger? pourquoi les prodiguer surtout dans les affections scrofuleuses de l'enfance, affections qui, tous les bons praticiens le savent, se montrent, en général, rebelles à toutes les ressources de l'art *et ne se modifient qu'avec le temps*.

M. le professeur Trousseau, qui vient de faire paraître un fort bon travail sur les gourmes (1), s'exprime ainsi: «J'ai vu bien des en-« fants atteints de gourmes; j'ai, obéissant à la routine, à des théo-« ries même, appliqué des vésicatoires à demeure: j'ai eu souvent « à m'en repentir; j'ai bien rarement eu à m'en louer.» Plus loin pourtant l'auteur établit des restrictions, et voici comment il s'exprime à cet égard: «Faut-il donc proscrire le vésicatoire dans « le traitement des gourmes? Oui en général, non dans les cas « que je vais essayer de spécifier. *Je les proscris quand le vésica-« toire s'attaque aux gourmes cutanées;* je les conseille, en géné-« ral, quand le vésicatoire s'attaque aux gourmes des membranes « muqueuses. Je les proscris dans le premier cas, parce que l'ex-« périence m'a montré que si les gourmes occupaient un point « de la peau, en général *le vésicatoire faisait une irritation de plus* « sans profit pour celle qu'on voulait détruire. Je les conseille « dans le second, parce que l'expérience m'a montré que *fort « souvent* une maladie de la peau du derrière des oreilles ou du « cuir chevelu alternait avec une ophthalmie ou un eczéma « chronique des fosses nasales, *comme s'il y avait incompatibilité* « entre ces affections; dans ce cas, l'application d'un vésicatoire

(1) Voir *Encycl.*, tome 158, octobre 1845, p. 117; tome 159, novembre, p. 92; tome 160, décembre, p. 114.

« est *ordinairement* utile, bien que *quelquefois la dérivation ne* « *veuille pas s'établir* vers le point choisi par le médecin, et « qu'elle tente opiniâtrément vers la première voie, qu'elle s'est « habituée à suivre. Dans cette circonstance, tout en *laissant le* « *vésicatoire à demeure*, il ne faut pas hésiter à appeler la fluxion « là où elle se fixe le plus volontiers et avec le plus d'avantage « pour le malade. Mais si le vésicatoire est utile dans les gour- « mes alternatives, qu'on me permette cette expression peu « correcte, il n'en est plus de même si les gourmes qui envahis- « sent les membranes muqueuses sont la *propagation* et non la « *compensation* des gourmes cutanées. »

Ici l'auteur essaye de mieux faire comprendre sa pensée. Ainsi, pour lui, le vésicatoire ne réussit pas quand un eczéma s'étend par continuité de la peau à une muqueuse quelconque, et qu'il envahit successivement le front, les paupières, la conjonctive, le reste du visage, et enfin la muqueuse nasale : il est utile, au contraire, dans ce que l'auteur appelle des *gourmes à bascule*, mot pittoresque, mais dont on peut contester la justesse; car c'est une question encore à résoudre que celle de savoir si quand un eczéma de la peau disparaît brusquement pour faire place à de la toux, par exemple, cette toux est le symptôme d'un eczéma bronchique. Mais si le vésicatoire est simplement utile dans les gourmes à bascule, qui sautent de la peau à une muqueuse voisine de cette membrane, il est *impérieusement commandé* dans les cas où une bronchite, une entérite, un catarrhe pulmonaire ou intestinal, *alternent* avec des gourmes à la peau, parce « qu'alors, dit l'auteur, ces différentes *maladies* sont la manifestation de la même diathèse. »

Pour résumer en peu de mots les opinions de M. Trousseau sur cette importante question, je dirai que ce professeur reconnaît l'inutilité des vésicatoires dans les gourmes cutanées et dans celles qui s'étendent par continuité de la peau à une muqueuse voisine. Cette méthode, au contraire, est utile quand les gourmes cutanées alternent avec des gourmes muqueuses; elle est impérieusement commandée lorsque des inflammations des muqueuses profondes alternent avec des gourmes cutanées.

On le voit, l'idée qui surtout a préoccupé l'auteur, c'est *cette bascule*, pour me servir de son expression, qui se fait de la peau aux membranes muqueuses. Aussi conseille-t-il les vésicatoires dans ces cas seulement, dans le but sans doute de rappeler à la peau le principe morbide qui s'est fixé ailleurs. Il est du reste conséquent avec les principes qu'il émet; car, proscrivant les vésicatoires dans les gourmes cutanées, il devait aussi les pro-

scrire dans les cas où une maladie cutanée a envahi de proche en proche une membrane muqueuse. Là, en effet, la maladie n'a pas sauté d'un organe à un autre, il n'y a pas lieu par conséquent de chercher à la ramener à son point de départ. Je crains beaucoup que l'auteur dont je parle n'ait obéi, en cette circonstance, à des idées plus théoriques que véritablement pratiques : c'est ce qui résulte du moins des observations que j'ai pu faire. Dans l'immense majorité des cas, pour ne pas dire toujours, la nature n'obéit pas à l'invitation que le praticien lui fait. L'auteur lui-même le reconnaît, car il dit quelque part : « *Quelquefois* la dérivation *ne veut pas* s'établir vers le point choisi par le médecin, elle tend opiniâtrément vers sa première voie ; » et malgré cela il conseille de laisser le vésicatoire à demeure. Pourquoi cela cependant, puisqu'il est inutile, et que ce qu'on indique ici comme cas exceptionnel, le mot *quelquefois* le prouve, est, selon moi, une règle générale (1) ?

Mais, disons-le, il y a bien quelque chose de spécieux dans ces *gourmes à bascule*, qui sautent ainsi de la peau aux membranes muqueuses, et *vice versâ*. Ces transitions brusques sont loin d'être aussi fréquentes qu'on pourrait le croire. Il n'est pas rare de voir, chez les jeunes enfants, la diathèse scrofuleuse se manifester à la fois à la peau et sur les muqueuses, et cette double manifestation marcher de concert sans être modifiée le moinsdu monde par un vésicatoire. J'en ai vu un grand nombre d'exemples à l'hôpital des Enfants. Je traite dans ce moment-ci une demoiselle dont j'ai déjà parlé, qui a depuis son enfance une squammeuse humide de l'oreille et une ophthalmie scrofuleuse habituellement légère. Quand l'ophthalmie acquiert un certain degré d'acuité, l'eczéma pâlit, sans jamais disparaître entièrement. Il n'y a pas là bascule, comme on pourrait le croire après un examen superficiel ; il y a une maladie scrofuleuse qui a deux manifestations : quand l'une est vive, l'autre l'est moins ; mais elles n'en existent pas moins toujours. Chez cette enfant, l'application d'un vésicatoire au bras pendant près de six ans n'a produit aucun bon résultat.

Il est important aussi d'établir des distinctions : ainsi, chez les enfants du peuple, rien n'est plus fréquent que des éruptions cutanées qui ne reconnaissent d'autre cause que la malpropreté. Supposons que chez un de ces enfants il survienne une bronchite aiguë, et que, par suite de cette fluxion intérieure,

(1) Il est bien entendu que je ne veux parler que de ces affections légères qui guérissent d'elles-mêmes au bout d'un certain temps. En pareil cas, si on prescrit un vésicatoire, on pourra facilement lui faire les honneurs de la guérison.

l'éruption disparaisse, il est alors *impérieusement commandé* d'établir un vésicatoire à la peau. Cette indication semble rationnelle ; mais comment agit le vésicatoire ? Rappelle-t-il à la peau la fluxion qui est censée s'être portée sur la muqueuse bronchique ? Non, car la bronchite devrait cesser immédiatement ; ce que je n'ai jamais vu du moins. En pareil cas, si la bronchite est légère, l'enfant guérira quand même ; si, au contraire, elle est généralisée, il court grand risque de succomber quoi qu'on fasse.

S'agit-il, au contraire, de ces fluxions bronchiques qui coexistent avec des éruptions cutanées, qui se lient à une diathèse strumeuse, et qui sont si remarquables par leur ténacité, oh ! alors les vésicatoires n'ont qu'un grand inconvénient : c'est de ne servir absolument à rien. On aura beau m'objecter que la fluxion bronchique a succédé à une éruption qui a disparu, je répondrai que l'observation de tous les jours démontre que la maladie se joue de l'appel qu'on lui fait, et n'en continue pas moins sa marche que rien n'arrête. Ces maladies, je ne crains pas de le dire, font le désespoir du médecin dans la pratique civile comme dans celle des hôpitaux. Aussi souvent voit-on la manifestation pour laquelle on avait ouvert un émonctoire à la peau, se supprimer brusquement, en dépit de cet émonctoire, pour une autre manifestation plus ou moins importante. J'ai observé en 1843, à l'hôpital des Enfants, un petit enfant de 4 ans, entré pour se faire traiter d'une tumeur blanche du genou gauche. Cet enfant avait eu, dans sa première enfance, tous les symptômes qui annoncent à un œil exercé une disposition scrofuleuse. A deux ans, il lui survint une éruption assez considérable, et de je ne sais quelle nature, aux reins. Cette éruption disparut au bout d'un certain temps, on ne sait pour quelle cause. Cette suppression fut suivie d'une toux qui persista fort longtemps. Le médecin appelé, ayant été mis au courant des antécédents, crut rationnel de chercher à rappeler l'éruption ; il fit appliquer aux reins un vésicatoire volant. La toux n'en continua pas moins ; elle donnait des inquiétudes aux parents : on établit au bras un vésicatoire à demeure. Tout cela n'y faisait rien. Enfin, un jour, la toux disparut, et le genou gauche devint le siége d'une tumeur blanche qui nécessita l'entrée de l'enfant dans la salle de chirurgie. J'ai cité, dans ma thèse, un cas à peu semblable ; seulement l'enfant avait eu une ophthalmie scrofuleuse. L'ophthalmie disparut presque entièrement pour faire place à la toux ; et malgré un vésicatoire destiné à rappeler l'humeur à la peau, la toux céda pour faire place à une tumeur blanche. Des faits de ce genre se rencontrent tous les jours.

Je me résume en disant :

Que la nature, dans la guérison des maladies, procède par des voies inconnues, qu'il n'est pas toujours donné à l'art d'imiter;

Que l'usage immodéré qu'on fait des vésicatoires, dans la médecine du jeune âge, tient à des idées systématiques erronées, et que ni l'expérience ni le raisonnement n'excusent un pareil abus;

Que, dans les affections aiguës des premières années de l'enfance, les vésicatoires peuvent déterminer des accidents graves, et que leur utilité est loin d'être assez bien constatée pour qu'on doive y avoir recours avec grande confiance ;

Que, dans les affections chroniques, qui malheureusement se lient le plus souvent à une diathèse scrofuleuse, les vésicatoires sont complétement inutiles; qu'ils sont même dangereux, en ce sens qu'ils créent une habitude pathologique que certains praticiens redoutent, et qu'ils laissent subsister de crainte d'accidents;

Qu'enfin, soit qu'on les proscrive complétement, soit, au contraire, qu'on les juge indispensables dans certaines circonstances, il est nécessaire de protester avec énergie contre cette vieille routine qui fait prescrire les vésicatoires *toujours et quand même.*

V. ACCOUCHEM^ts, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 8. *Sur le traitement des hémorrhagies tenant à l'implantation du placenta sur le col, par l'extraction du placenta avant l'enfant;* par MM. SIMPSON, LEE, RADFORD, CHOWNE, ASHWELL et NEWNHAM.

(Gazette médicale de Paris, N° 19, 1846.)

La proposition énoncée dans ce titre est une nouveauté dans l'art tocologique. Formulée par M. Simpson, professeur d'accouchements à l'Université d'Édimbourg, l'un des écrivains les plus justement considérés de la Grande-Bretagne, elle est en ce moment devenue l'objet d'une discussion à laquelle la plupart des hommes spéciaux prennent une part active. Le concours de tant de lumières a déjà porté ses fruits : bien que le débat se poursuive encore, la solution, pour tout juge désintéressé, ne saurait être longtemps douteuse.—Exposons donc le résumé des diverses opinions émises sur cette importante question, en faisant d'abord connaître la doctrine de M. Simpson telle qu'il la présente lui-même.

La plupart des hémorrhagies graves qui surviennent à la fin

de la grossesse sont produites par le décollement de la surface placentaire d'avec la surface utérine. Or, de ces deux surfaces, qui sont alors à découvert, quelle est celle qui donne lieu au saignement ? Presque tous les accoucheurs sont d'avis que le sang vient des orifices utérins. Mais, dit M. Simpson, les artères utérines, si longues et si grêles, ne peuvent guère, quand elles sont déchirées, causer une perte sanguine considérable ; et quant aux veines de l'utérus, outre que la circulation s'y fait dans une direction peu propre à entretenir l'hémorrhagie, la structure contractile particulière de leurs orifices y met encore obstacle. D'un autre côté, ajoute l'auteur, je ne connais aucune raison anatomique ou autre capable d'empêcher les orifices des vaisseaux placentaires de saigner lorsqu'ils sont ouverts. La direction dans laquelle s'y fait la circulation, leur texture dépourvue de fibres contractiles, leur libre communication avec le système vasculaire maternel au moyen du tissu caverneux du placenta, tout y favorise l'écoulement sanguin, et je pense, avec M. Hamilton, que l'hémorrhagie se fait alors principalement ou en totalité par cette voie.

Dans l'implantation du placenta sur le col, à chaque nouvelle hémorrhagie, le système vasculaire de la partie du placenta qui est détachée se remplit de sang coagulé et s'oblitère. Cette oblitération empêche tout à la fois et l'abord ultérieur du sang de la mère dans la portion détachée, et l'hémorrhagie par la surface de cette même portion. Une autre partie venant plus tard à se décoller, il en résulte un retour de l'hémorrhagie, laquelle cesse aussi de nouveau par ce travail d'obstruction dans les vaisseaux de la partie détachée. Ainsi, la quantité de sang qui se perd dépend autant de l'étendue du placenta qui reste encore adhérent, que de celle qui est déjà détachée, l'une fournissant le sang, et l'autre lui donnant le moyen de s'écouler au dehors. A mesure donc que la séparation du placenta devient complète, le nombre des vaisseaux qui peuvent y apporter le sang diminue graduellement, jusqu'à ce que cette séparation étant enfin achevée, la perte s'arrête totalement.

Dans le but de rechercher si cette explication est réellement confirmée par l'expérience clinique, M. Simpson a rassemblé 141 cas d'insertion du placenta au col, dans lesquels le placenta a été expulsé ou extrait avant l'enfant, et il a trouvé :

1° Que cette expulsion complète est un phénomène beaucoup moins rare et moins dangereux que les doctrines généralement reçues pouvaient le faire prévoir ;

2° Que 19 fois sur 20, l'hémorrhagie, après la séparation du

placenta, ou cessa complétement, ou du moins perdit tout caractère alarmant;

3° Que la persistance ou la cessation de l'hémorrhagie, après la séparation du placenta, ne semble point être en rapport avec l'espace de temps qui s'écoule depuis ce décollement jusqu'à la naissance de l'enfant;

4° Que dans 10 de ces 141 cas (ou une fois sur 14), la mère succomba après l'expulsion complète du placenta et avant la naissance de l'enfant; tandis que, dans la pratique ordinaire, lorsqu'on fait, dans ces cas, la version et l'extraction de l'enfant, il périt un tiers des femmes ainsi opérées;

5° Sur le nombre de 10 morts, il y en a 7 ou 8 où la terminaison fatale ne paraît avoir eu aucun rapport avec le développement du placenta ni avec les suites qui en résultent directement. En admettant donc (ce qui est même douteux) que les 3 morts restant fussent dues à cette cause, il n'y aurait, dans cette opération, qu'une mortalité de 3 sur 141, ou de 1 sur 47.

Ces faits, continue l'auteur, tendent fortement à établir que le décollement artificiel complet du placenta peut, au moins dans quelques variétés d'hémorrhagies puerpérales, être une manœuvre propre à sauver la vie de la mère. Déjà ce mode de traitement, au dire de Collins, Ramsbotham, Lowenhardt, etc., avait été mis accidentellement en pratique par quelques sages-femmes. Depuis que M. Simpson l'a préconisé et appliqué lui-même avec succès, il a été aussi employé par MM. Cripps, Wilkinson, Greenhow, Jones et Maclean. Dans ces divers cas, les femmes furent sauvées et guérirent rapidement.

M. Simpson ne recommande point cette pratique dans toutes les formes de présentation du placenta; il spécifie, au contraire, qu'elle ne convient que lorsqu'on n'a pu réussir en rompant les membranes, et lorsque la version est ou inapplicable ou très-dangereuse. Tels sont les cas où le col est peu dilaté et très-difficilement dilatable : chez la plupart des primipares, quand (ce qui arrive souvent) l'insertion anormale du placenta s'accompagne d'un travail prématuré ou d'un développement imparfait du col et de l'orifice; quand le travail se déclare avant le septième mois; lorsque l'utérus est trop contracté pour permettre la version; quand le bassin ou les parties génitales sont le siége de rétrécissements organiques; si la femme est trop épuisée pour qu'on puisse recourir à la version ou à l'accouchement forcé; si l'enfant est déjà mort ou s'il n'est pas viable.

La grande objection contre la manœuvre que nous indiquons, c'est que la vie de l'enfant sera inévitablement compromise pa

elle. Mais, dit M. Simpson, cette objection est plus forte en apparence qu'en réalité. D'abord, l'enfant dût-il périr dans tous les cas, on sait que c'est une maxime admise par tous les accoucheurs anglais de le sacrifier quand un danger imminent pour la mère peut être conjuré par sa mort. Le fait est, d'ailleurs, que même en suivant les règles établies aujourd'hui pour cette espèce de complication, on perd un nombre très-considérable d'enfants. Ainsi, dans la pratique même de M. Lee, le principal adversaire de M. Simpson, on voit que sur 23 cas de ce genre l'enfant est mort 15 fois. Il y aurait donc déjà pour l'enfant, dans le traitement ordinaire, une mortalité de bien près des deux tiers. — Remarquons, d'un autre côté, que, dans les circonstances graves où l'on est amené à prendre ce parti extrême, l'enfant est souvent déjà mort, ou du moins il est presque inévitablement destiné à périr, quelque conduite que tienne l'accoucheur. Enfin, il est faux de dire qu'il soit toujours voué à la mort une fois que le placenta est sorti. Sur 106 cas où M. Simpson a noté le résultat de sa manœuvre relativement à ce point, l'enfant est venu vivant 33 fois. Il est inutile d'ajouter qu'alors sa naissance avait suivi de peu de minutes l'extraction du placenta. Mais lors même que l'intervalle serait plus long, n'y aurait-il aucun espoir de continuer artificiellement la respiration placentaire ou pulmonaire pendant qu'il est encore dans le sein maternel ? Ne pourrait-on, comme M. Lee l'indique d'après le docteur Bigelow, en pressant en arrière les parties de la mère, faire pénétrer l'air jusqu'à la bouche de l'enfant, soit avec le doigt seulement, soit en introduisant un tube ?

De nombreuses oppositions, nous l'avons déjà dit, se sont élevées de toutes parts contre une doctrine qui tendait à remettre en question tant de points importants de théorie et de pratique. Les objections ont porté et sur l'anatomie, et sur la statistique, et sur la légitimité des conséquences déduites.

D'après M. Lee, il n'est point rare de voir, dans les cas de ce genre, une seule hémorrhagie être assez abondante pour tuer la femme ou pour mettre son existence en danger. Comment donc supposer que tant de sang provienne du placenta, quand on sait que tout celui qu'il contient équivaudrait à peine à la centième partie de la quantité qui s'échappe alors en quelques instants ? De plus, la structure spongieuse du placenta ne mettrait-elle pas obstacle à un écoulement sanguin instantané, tel qu'il l'est habituellement dans cette circonstance ? D'ailleurs, si le sang qui s'écoule était fourni par le placenta, comme il sort souvent en quantité très-considérable, et qu'il n'arrive alors de nouveau

sang au placenta que peu à peu et par le moyen de petits vaisseaux, il est évident qu'en supposant cette théorie véritable, le fœtus aurait mille fois le temps de périr avant que les éléments de sa nutrition eussent pu être renouvelés. Il mourrait donc dès une première hémorrhagie, ce qui n'a pas lieu ordinairement.

M. Ashwell soutient avec plus de force encore la même manière de voir. M. Simpson, dit-il, déclare ne connaître aucune raison qui puisse empêcher les orifices des vaisseaux placentaires de saigner. Cela serait bien si l'on avait démontré l'existence de ces orifices et leur capacité ; mais je ne les ai jamais vus, bien que j'aie souvent examiné dans ce but et avec la plus grande attention des placentas injectés ou non injectés. Il est, tout au contraire, très-facile d'apercevoir sur la surface utérine de grandes ouvertures correspondant à l'insertion du placenta. Le flot énorme de sang qui coule à une première hémorrhagie ne peut point être fourni par le placenta ; car je me rappelle avoir récemment exprimé avec toute la force possible un placenta qui venait d'être expulsé immédiatement après l'enfant, sans en avoir pu extraire plus de 2 ou 3 onces de sang. Enfin, voit-on jamais d'hémorrhagie dangereuse se produire quand on détache une partie du placenta ou qu'on perfore ce corps dans les manœuvres tocologiques ?

Quant à la statistique, non-seulement M. Simpson a présenté les observations de sa propre pratique, mais il s'est aussi appuyé sur celles de Merriman, de Portal, de Mauriceau. Si l'on a dû respecter les faits qui lui appartiennent personnellement, on n'a pas manqué de critiquer la manière dont il a analysé et interprété les résultats des autres accoucheurs ; c'est surtout M. Lee qui s'est signalé dans cette controverse qui, du reste, a été des deux côtés poussée avec une insistance dont les rédacteurs du journal ont fini par se lasser eux-mêmes.—Mais ce n'est pas tout : on ne s'est point contenté de nier les chiffres de M. Simpson ; ses adversaires en ont apporté tirés de leur pratique, irrécusables par conséquent au même titre que les siens, et parlant dans un sens tout à fait opposé. Ainsi M. Lee a vu 50 cas de présentation du placenta, suivie d'hémorrhagie. On a été obligé 27 fois de pratiquer la version ; mais sur ces 27 fois, il ne l'a faite lui-même que 19 fois. Or, de ces 19 femmes, 4 seulement ont succombé, et encore une était déjà mourante avant l'opération, et une autre avait précédemment perdu tant de sang qu'elle périt peu d'instants après la délivrance. Ces résultats sont, ce semble, de nature à prouver que la thérapeutique usuellement employée contre cette espèce d'hémorrhagie n'est donc pas, comme M. Simpson le vou-

drait faire croire, assez imparfaite pour légitimer l'adoption du procédé qu'il propose. — De son côté, M. Newnham a observé 13 fois la présentation du placenta avec hémorrhagie, depuis le 1er janvier 1812, et il a eu le bonheur de guérir 12 femmes. A la vérité, il exprime le regret de n'avoir pas tenu note de l'état des enfants; mais il croit se rappeler que leur vie est d'autant moins compromise qu'ils viennent plus rapidement au monde. — Enfin M. Ashwell se souvient d'avoir vu au moins vingt exemples de cette sorte d'accident depuis vingt-cinq ans, et il n'a compté que deux morts. M. Lever, cité par lui, a observé, de 1833 à 1840, 14 cas de présentation du placenta, savoir : 9 où le placenta couvrait complétement le col, et 5 où il ne se présentait que partiellement. Toujours la version a été pratiquée; deux mères seulement ont péri, et 8 fois l'enfant est né mort.

Quelques conditions particulières peuvent servir à expliquer la faveur qui a accueilli la proposition de M. Simpson. Il est bien plus aisé, fait justement observer à ce sujet M. Newnham, il est bien plus aisé de détacher le placenta, puis d'attendre l'événement, que d'y intervenir directement en faisant la version et en complétant immédiatement la délivrance. La première de ces deux pratiques impose *en apparence* une responsabilité beaucoup moindre à l'accoucheur; et c'est pour cela qu'il y a fort à craindre de voir cette manœuvre adoptée surtout par les jeunes médecins, qui trouveront sans doute commode de mettre ainsi leur conduite à l'abri derrière l'autorité de grands noms. Mais pour quiconque veut réfléchir, il n'y a pas de doute que cette opération ne soit rejetée, du moins en thèse générale; car on ne peut pas établir ici de règle absolue, de principe universellement applicable. En effet, dit M. Chowne, sous le nom générique de présentation du placenta, il faut remarquer qu'on a rassemblé divers genres de cas réclamant chacun un traitement spécial : ainsi tantôt le placenta est dans le vagin; tantôt il couvre le col, mais une partie est déjà séparée et l'autre encore adhérente; tantôt le travail est commencé, actif et prompt, donnant l'espérance qu'une partie du fœtus va bientôt s'engager, et pourra, par sa pression, arrêter l'hémorrhagie. Dans ces conditions, qui ne sont point rares, tout marche bien, et la délivrance s'accomplit souvent sans accidents. Dans d'autres cas, l'hémorrhagie devient menaçante; mais alors même la version apporte un secours plus certain que l'extraction du placenta. Ce dernier moyen pourrait à la rigueur convenir quand le travail s'effectue convenablement et qu'il n'y a rien d'anormal, hormis la situation du placenta. Si, au contraire, la femme est affaiblie et le travail languissant, de manière à faire

craindre qu'après l'extraction du placenta les contractions utérines ne se réveillent point, alors ce procédé serait dangereux, et il faut terminer artificiellement l'accouchement par la version.

C'est, en définitive, à bien spécifier les circonstances où l'extraction du placenta doit être pratiquée de préférence à l'accouchement forcé, que les antagonistes de M. Simpson se sont réduits, suivant en cela l'exemple que lui-même avait donné ; car nous avons montré plus haut que ses principes, sous ce rapport, ne sont pas plus exclusifs que sa pratique. Nous trouvons ces indications spéciales assez nettement tracées par M. Radford. Selon cet auteur, on ne doit détacher en premier lieu le placenta que dans les trois conditions suivantes :

1° Lorsque l'hémorrhagie est alarmante, parce qu'alors le plan de traitement ordinaire pour la version expose à trop de dangers ;

2° Lorsqu'il existe quelque obstacle à l'extraction de l'enfant, soit un rétrécissement du bassin, soit des tumeurs adhérentes à ses parois ou remplissant sa cavité ;

3° Lorsque l'enfant est mort.

Le devoir d'un accoucheur consciencieux, ajoute M. Radford, est d'adopter toujours la pratique qui promet le plus de chances favorables à la conservation de la mère et de l'enfant. A la vérité, un principe reçu parmi les médecins anglais commande de donner la préférence à la vie de la femme quand celle de l'enfant doit être sacrifiée pour la sauver ; et, dans le cas de présentation du placenta, il convient d'autant plus de suivre ce principe, que le danger ne dépendant ici que d'une cause temporaire, des accouchements pourront avoir lieu ultérieurement chez la même femme avec une issue heureuse pour l'enfant. Néanmoins, même dans ce cas, le fœtus a droit à une justice impartiale, et sa conservation ne doit pas être inconsidérément compromise. En conséquence, comme l'opération par laquelle on décolle le placenta en premier lieu le tue certainement, il s'ensuit qu'il ne faut jamais adopter cette pratique lorsque, du côté de la mère, les conditions locales et générales permettent d'employer le procédé ordinaire plus sûr, la version.

— Nous pouvons, sur beaucoup de points, nous abstenir de chercher à motiver un jugement entre les deux partis ; car la vérité apparaîtra sans doute à une simple lecture. Ainsi, il est bien certain que M. Simpson n'a point pour sa méthode les prétentions exclusives que lui supposent ses adversaires, puisque lui-même a soigneusement spécifié les cas distincts qui la réclament. Ainsi, encore, on doit s'attendre à voir la vie de l'enfant infailliblement compromise par cette pratique, puisque, après lui

avoir ôté ses moyens de nutrition, elle abandonne son expulsion à la seule influence des contractions utérines, dont l'activité et même l'existence sont très-problématiques dans cette circonstance. Sous ce rapport, les moyens dont parle l'auteur pour prolonger la vie du fœtus sont vraiment dérisoires ; et l'accoucheur doit être bien prévenu qu'en suivant cette conduite il adopte, dans toute sa rigueur, le principe anglais de sacrifier l'enfant au salut de sa mère. C'est à lui de décider ; mais il ne peut se faire illusion sur les conséquences du parti qu'il choisit.

D'autres parties de la doctrine pourraient prêter à la discussion. Nous ne parlons point de la statistique que chaque cause est toujours assurée de trouver à son service. Mais l'on se demandera sans doute s'il est bien vrai que le décollement du placenta suffise effectivement pour arrêter l'hémorrhagie. Il nous semble que, soit involontairement, soit à dessein, une distinction importante a été omise ici par l'inventeur. Le *décollement* seul du placenta n'a pas d'influence sur la cessation de l'hémorrhagie, parce que les vaisseaux demeurent toujours béants ; mais son *extraction* peut amener cet heureux résultat, car tout ce qui désemplit, même partiellement, l'utérus favorise d'autant sa contraction et par suite l'occlusion des orifices saignants. Considérée de cette manière, l'extraction du placenta serait en effet un secours précieux, secours moins efficace sans doute que l'extraction complète du fœtus, mais aussi moins difficile à mettre en pratique, et surtout moins dangereux pour la mère. Par conséquent, la méthode de M. Simpson trouverait son indication rationnelle dans les cas où le col n'est pas assez dilaté ou dilatable pour permettre aisément les manœuvres de la version, dans ceux principalement où le placenta étant déjà en partie engagé dans l'orifice, pourrait s'extraire avec facilité et promptitude. On atteindrait alors l'effet de cette première opération, et l'on n'en viendrait à l'accouchement forcé que si la continuation de l'hémorrhagie forçait de prendre ce parti extrême. C'est dans ces limites, selon nous, que la proposition, d'ailleurs si ingénieusement appuyée, de M. Simpson mérite de prendre rang dans les procédés de l'art tocologique. — Nous devons également exprimer le regret que, trop préoccupé peut-être de la justification théorique de son plan, l'écrivain anglais ait omis d'en décrire le *modus faciendi*. Il eût sans contredit rendu ainsi plus de services à la cause qu'il défendait, et aurait plus sûrement augmenté le nombre de ses imitateurs, en leur épargnant le soin d'inventer par eux-mêmes les règles détaillées de l'application pratique.

9. *Note sur les hémorrhagies qui surviennent pendant le travail de l'accouchement, par suite de l'insertion partielle du placenta sur le col;* par le docteur MANGET, professeur particulier d'accouchements à l'Ecole pratique de Paris.

(Journal de Chirurgie de M. Malgaigne, mai 1846.)

Parmi les causes spéciales qui occasionnent les hémorrhagies des femmes enceintes, l'une des plus importantes à signaler aux praticiens est sans contredit l'anomalie d'insertion du placenta. On sait du reste que cet organe de connexion, essentiellement vasculaire, se développe d'ordinaire ou plutôt se greffe près des points par lesquels l'ovule est venu pénétrer dans la cavité utérine, c'est-à-dire à peu de distance de l'orifice utérin des trompes de Fallope. Une membrane caduque secondaire vient au bout de peu de temps se développer entre la face externe du placenta et la face interne de l'utérus, de façon que, au bout des premières six semaines de la grossesse, l'œuf est encadré de toutes parts par des membranes caduques, espèce de doublures qui contribuent à le maintenir en position et à le préserver de l'influence des causes vulnérantes. Mais, par des raisons qui, jusqu'à présent, nous sont absolument inconnues, l'ovule étant descendu primordialement plus bas dans la cavité utérine qu'il ne fait pour l'ordinaire, le placenta a pu, dans un certain nombre de circonstances, se greffer sur un point fort éloigné du fond de l'utérus, soit aux environs du col, soit sur le col lui-même, c'est-à-dire au niveau de ce qu'on est convenu d'appeler son orifice interne.

C'est seulement depuis les travaux de Levret que les accoucheurs ont admis la possibilité de semblables occurrences et qu'ils ont consenti à voir dans la présence du placenta sur le col utérin autre chose que l'effet d'une chute de cet organe, primitivement greffé sur un autre point de la surface interne de la matrice : de nos jours, c'est une affaire jugée, et je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'établir par de nouveaux faits la possibilité d'une pareille disposition anatomique.

Mon dessein est seulement de fixer l'attention sur quelques points de pratique, à l'occasion d'un fait que j'ai récemment observé, et dans lequel l'insertion anormale du placenta a été la cause de graves accidents hémorrhagiques, auxquels j'ai pu heureusement porter remède, quoique appelé un peu tardivement à les constater.

On a imprimé, et dans de bons livres, que dans les cas d'insertion du placenta sur le col, ou tout près du col, la perte était de l'essence même de la grossesse ; et réciproquement on a donné

comme signe diagnostique d'une insertion du placenta sur le col, des hémorrhagies plus ou moins abondantes, se répétant un certain nombre de fois pendant les derniers mois de la grossesse. On en donnait même l'explication suivante : l'utérus, pendant les six premiers mois de la grossesse, se développe particulièrement aux dépens de sa partie supérieure, et ce n'est que dans les trois derniers mois que les fibres du col participent à ce développement (ce qui, par parenthèse, n'est pas très-exact) ; le placenta, au contraire, a acquis, à six mois, presque tout son développement. Cette expansion des fibres inférieures de l'utérus, dans les derniers temps de la grossesse, expansion assez rapide, devra donc tirailler en tous sens le placenta greffé au-dessus, et le terrain, pour ainsi dire, venant à manquer au placenta, un certain nombre de vaisseaux utéro-placentaires seront rompus : d'où une hémorrhagie, puis une autre, et ainsi de suite, jusqu'au terme de la grossesse.

Mais il n'est point exact de dire que constamment il y a des pertes inévitables pendant la grossesse, lorsque le placenta est aux environs du col ; et, réciproquement, on ne doit point inférer que le placenta n'est point anormalement situé, de ce que la femme a pu parvenir sans hémorrhagie à son terme ou à peu près. Je dis à peu près, car il est à remarquer que, dans presque tous les cas cités par les auteurs, des contractions utérines se sont manifestées un peu avant neuf mois révolus.

Quelques auteurs, Walter, Mercier, le professeur Moreau, ont cité des cas dans lesquels aucune hémorrhagie n'avait eu lieu, malgré l'insertion du placenta sur le col, même pendant le travail de l'accouchement. Remarquons que la plupart de ces observations portent sur des malades dont les enfants avaient succombé depuis un certain temps dans la cavité utérine.

Le fait que je vais rapporter ici dans tous ses détails se range simplement dans la classe de ceux où l'insertion anormale du placenta n'a été la source d'accidents pour la mère et pour l'enfant qu'à huit mois et demi, c'est-à-dire presque à terme. De toute façon, les anomalies d'insertion placentaire n'étant pas très-communes, je signale ce fait comme un de plus dans cette catégorie.

Obs. — Madame C..., âgée de 26 ans, demeurant faubourg Saint-Martin, n° 208, d'une constitution lymphatico-sanguine, habituellement bien réglée, a eu un premier enfant il y a vingt-deux mois. La couche a été longue et pénible, sans que cependant l'enfant se présentât mal. Une perte assez considérable se déclara à la suite de la délivrance, et la malade ne put se relever qu'au bout de trois semaines environ. A dater de cette époque, les

règles ont reparu, deux mois et demi après cette première couche ; puis elles ont cessé de nouveau de couler vers le 15 juillet 1845 par le fait d'une nouvelle conception : elles n'ont plus reparu depuis lors. Aucune perte ne s'est manifestée pendant les huit premiers mois de la grossesse. A tout prendre, la grossesse a été bonne : ni varices, ni hémorrhoïdes, ni vomissements, ne se sont manifestés ; le besoin d'une saignée ne s'est même pas fait sentir un seul jour ; l'enfant a commencé à remuer vers quatre mois. Les commémoratifs que je viens d'exposer succinctement résultent du récit de madame C... et de sa famille. Je n'avais point moi-même été appelé pendant la gestation, pas plus qu'aucune autre personne de l'art. Pour tout dire, la malade croyait accoucher du 15 au 20 avril 1846 seulement. Le ventre n'était point encore tombé, comme il le fait dans la dernière quinzaine de la grossesse.

Dans la nuit du 1er avril, à trois heures du matin, je suis appelé auprès de madame C..., que je trouve dans l'état suivant :

Face pâle, sauf aux pommettes qui sont d'une rougeur intense. Peau chaude ; pouls à 100 environ, très-irrégulier ; douleurs utérines revenant toutes les dix minutes, et ayant pour siége principal la région postérieure (douleurs de reins). La malade est baignée dans son sang, qui, me dit-on, a commencé à couler il y a plus de deux heures. Une inspection même superficielle des parties génitales me fait reconnaître une certaine quantité de caillots qui occupent le vagin sans cependant l'obstruer ; le ventre est dur ; le globe utérin est le siége de contractions, surtout dans sa partie latérale gauche ; légère obliquité antérieure.

Cette dame a déjà été prise de douleurs les deux nuits précédentes à la même heure : à chaque fois il s'est écoulé une certaine quantité de sang pur, accompagné de quelques caillots, puis tout est rentré dans l'ordre ; c'est-à-dire que, dans la journée du 31 mars, aucune douleur ne s'est manifestée, et partant aucune hémorrhagie.

Avant de pratiquer à fond le toucher vaginal, je me livre à quelques recherches d'auscultation, afin de constater l'état de vie ou de mort du fœtus. L'auscultation, pratiquée avec l'oreille nue, me fait entendre de la manière la plus claire et la plus nette les doubles pulsations du cœur fœtal ; le maximum d'intensité de ce double bruit est à trois travers de doigt au-dessus de l'aine gauche : rien de semblable du côté droit ; nulle part de souffle utérin (placentaire des auteurs). A la région ombilicale, je n'entends plus qu'un seul bruit ; puis, revenant graduellement à la région inguinale gauche, je le sens grossir sous l'oreille et se

dédoubler : en même temps je constate que son intensité est beaucoup moindre pendant la douleur.

Il résulte pour moi de cet examen : 1° que le fœtus est encore vivant; 2° qu'il est très-probablement placé en position iliaque gauche du sommet.

Au bout d'un quart d'heure environ, profitant de l'intervalle qui sépare deux douleurs, je pratique le toucher et constate les phénomènes suivants :

Le vagin contient une certaine quantité de sang semi-liquide ; en cherchant l'orifice du col utérin, je le trouve légèrement dévié à gauche et sensiblement porté en arrière ; accrochant la lèvre antérieure avec le doigt indicateur, je l'attire vers le centre du vagin, et pénètre graduellement dans la cavité du col. Le col est mou, souple ; il présente une dilatation de 2 centimètres environ : il est, du reste, facilement dilatable, et j'obtiens avec les doigts un écartement circulaire de l'étendue d'une pièce de cinq francs. Il ne reste presque plus de longueur au col.

Cherchant à reconnaître quelle est la partie qui se présente, je sens du côté gauche une tumeur molle, charnue. En continuant l'exploration du côté gauche de la mère, et en m'efforçant de suivre la paroi utérine, je sens sous les doigts quelques anfractuosités. Si je veux porter mes recherches un peu plus haut, entre la paroi utérine et la tumeur, je suis arrêté tout net ; cette tumeur adhère d'une manière assez intime à l'utérus. Il m'est donc à peu près démontré que j'ai affaire à un placenta greffé au voisinage du col, sur les parties tout à fait inférieures du corps même de l'utérus. Mais est-il entièrement à cheval sur le col, comme on l'a observé dans un certain nombre de circonstances ? En prolongeant mes recherches du côté opposé de l'utérus, après avoir doublé cette espèce de promontoire formé par le bord plus ou moins décollé du placenta, je trouve un peu plus haut, à 2 centimètres au-dessus, une partie qui se présente coiffée par des membranes non encore rompues : cette partie est arrondie, dure, et ne fuit pas sous le doigt ; est-ce une tête ? est-ce un siége ? est-ce une épaule ? Quoiqu'il soit impossible de reconnaître encore par le toucher les caractères de la présentation, je crois pouvoir établir que c'est le sommet qui s'offre le premier au détroit supérieur par les deux raisons suivantes : 1° les battements du cœur sont surtout perceptibles dans l'aine, et notamment dans la région inguinale gauche ; 2° il y a fort peu de liquide interposé entre la partie qui se présente et les membranes ; en un mot, les eaux sont plates.

Je porte en conséquence le diagnostic suivant :

Présentation du sommet encore fort peu engagée, probablement première position ; insertion partielle du placenta sur le col, et décollement partiel de ce placenta, qui est la source de l'hémorrhagie.

Le fœtus encore vivant n'a que peu ou point souffert de l'accident.

Les douleurs continuent : à chaque contraction, nouveau flot de sang non accompagné de caillots. La partie avance un peu, et je commence à pouvoir reconnaître une fontanelle; mais la femme s'affaiblit un peu. Au bout d'une heure d'attente, un litre de sang environ s'est écoulé ; le col a acquis et conserve la dilatation d'une pièce de cinq francs ; un des bords du placenta se décolle de plus en plus, masquant par moments la partie qui se présente; les eaux ne s'écoulent point. Je me décide à intervenir activement, d'autant plus que les contractions utérines languissent.

Deux ressources thérapeutiques s'offrent ici : 1° l'emploi de l'ergot de seigle ; 2° la rupture artificielle des membranes.

L'indication de l'ergot ne me paraît pas évidente : d'abord, parce qu'il faut un certain temps pour se procurer ce médicament, puis pour que son action se manifeste ; de plus, il nous reste encore quelques contractions utérines : pourquoi irriter l'utérus ? Enfin, c'est un moyen que je préfère réserver pour combattre l'inertie postpuerpérale après que le fœtus aura été expulsé ; d'autant plus que ma pratique particulière m'a déjà fourni quelques cas dans lesquels l'usage de l'ergot a nui au fœtus, en décollant trop brusquement le placenta.

Je prends donc le parti de rompre les membranes, et procède à cette petite opération comme il suit : ayant reconnu avec soin la partie engagée, je profite de l'intervalle d'une douleur et du relâchement du col pour glisser à la droite du col, du côté opposé au placenta, une plume taillée en cure-dent ; je pénètre à 3 ou 4 centimètres au-dessus du col, et, à cet endroit, je perce les membranes, qui offrent assez de résistance : immédiatement après, un petit flot de liquide s'écoule. Je soulève avec l'indicateur la tête du fœtus : nouveau flot de liquide plus considérable, une tasse à peu près. Au bout de deux nouvelles douleurs, l'écoulement du liquide amniotique s'arrête et la tête du fœtus s'engage fortement : elle dépasse la partie du placenta pendante dans le col. L'hémorrhagie s'arrête tout net, grâce au bouchon formé par la tête qui appuie contre la partie inférieure de la masse placentaire. Je suis en même temps rassuré contre une perte interne grave, car : 1° le fœtus occupe de la place dans l'utérus ; 2° l'utérus, moins distendu par le liquide, est déjà en partie revenu

sur lui-même, et des douleurs franches se manifestent. En ce moment, le col est à son summum de dilatation. Je sens clairement des cheveux, la fontanelle antérieure en arrière et à droite : c'est une première position du sommet.

Le col est franchi, les douleurs redoublent : elles ont lieu toutes les deux minutes, et maintenant il s'écoule un peu de sang pendant leur intervalle, sang qui a glissé du placenta décollé, et qui se fait jour dans les instants où le col se trouve relâché.

La période d'expulsion commence : des eaux s'écoulent ; la tête s'engage au détroit inférieur, et au bout d'une dizaine de bonnes douleurs, la tête sort en position occipito-iliaque gauche antérieure. Le cordon ombilical forme autour du cou deux circulaires assez lâches. Je laisse le cordon environ une minute sans le couper, l'enfant un peu bleuâtre ne criant point encore. Au bout de ce temps, je le coupe ; je laisse écouler trois ou quatre cuillerées de sang : l'enfant se met à crier. Par précaution, je place une ligature, quoique l'hémorrhagie ait entièrement cessé. C'est un garçon assez bien constitué, à peu près à terme : il pèse 2 kilogrammes ; longueur totale, 45 centimètres. Il n'a point perdu son méconium, comme les circonstances particulières du travail avaient pu le faire craindre.

Revenons à la mère. Un flot de sang s'écoule immédiatement après la sortie du fœtus et remplit aux deux tiers un vase de nuit placé sous la malade. Cependant le palper abdominal indique que l'utérus, dans sa partie supérieure, est dur et contracté. Le toucher vaginal me fait sentir un col extrêmement mou, turgescent, sanguinolent ; immédiatement au-dessus est le placenta qui tend à s'y engager par son bord inférieur. L'hémorrhagie continuant, je porte la main le plus haut qu'il m'est possible, agaçant le col avec les doigts ; la partie inférieure du corps de l'utérus, aux environs du placenta, me donne la même sensation de flaccidité et de mollesse que le col lui-même. J'attends quelques douleurs très-faibles, qui, aidées de quelques légères tractions sur le cordon ombilical, amènent le placenta dans le vagin : je le tords sur lui-même et l'extrais suivant les règles de l'art.

Nouvelle hémorrhagie ; plus de douleurs, commencement d'inertie. Voulant à tout prix mettre promptement un terme à cet état de choses, je prends, suivant le précepte du professeur Moreau, un citron coupé par le milieu, je le porte le plus haut possible dans les parties génitales, et l'exprime de toute ma force contre les parois utérines. Une forte colique se réveille : le col

revient sur lui-même, et l'écoulement sanguin tarit presque entièrement. Un quart d'heure après, la malade était dans son lit, un peu faible, mais pas trop souffrante. Pouls petit, à 90 environ. Face très-pâle, sommet des pommettes rouge foncé. L'utérus, revenu sur lui-même, forme sa tumeur normale à l'hypogastre. Un bandage modérément serré est appliqué sur le ventre et en fait deux fois le tour.

Examen de l'arrière-faix. — Les membranes sont extrêmement épaisses, surtout à la partie inférieure. Le cordon ombilical a 59 centimètres de longueur : il ne présente aucune trace de rupture ni de lésion quelconque. Le placenta est déchiré en plusieurs points, surtout dans la partie inférieure, celle qui correspondait au côté gauche du col de l'utérus : au total, il est peu volumineux, exsangue en quelques endroits. Un peu d'épanchement sanguin s'était fait dans la poche amniotique. Le cordon ombilical s'insère juste au centre du placenta ; les vaisseaux du placenta ne présentent pas une distribution anormale.

Un léger écoulement sanguin continue pendant toute la journée du 1er avril. Quelques tranchées se manifestent dans la soirée, et le lendemain la fièvre de lait se déclare avec assez d'intensité pour que je croie devoir mettre la malade à la diète absolue. Peu ou point de lait; cependant, au bout de trois ou quatre jours, la sécrétion laiteuse s'établit assez bien pour que madame C... puisse nourrir à moitié son enfant, auquel je fais donner le biberon pour suppléer partiellement à la nourriture maternelle.

Le sixième jour, madame C... a pu se lever pendant une heure : c'est assez dire que les suites de couches ont été heureuses.

— Je ne veux pas surcharger cette observation, déjà longue, des détails du traitement, d'ailleurs fort simple, que j'ai fait subir à l'accouchée pour la remettre entièrement dans la plénitude de sa santé. Aucune perte consécutive ne s'est reproduite ; de la faiblesse seulement a persisté pendant plus longtemps qu'à l'ordinaire, comme on était en droit de s'y attendre d'après les accidents de la couche.

MALADIES DES FEMMES. — 10. *Note sur le traitement de la diathèse purulente (fièvre puerpérale, phlébite, infection purulente), au moyen de l'aconit ;* par M. J. P. Teissier, médecin des hôpitaux de Paris.

(Bulletin général de Thérapeutique, avril 1846.)

On s'accorde à considérer la maladie désignée sous le nom de

fièvre puerpérale comme identique à celle que l'on désigne sous les noms de phlébite, abcès métastatique, infection purulente, diathèse purulente. Comme sous ces divers noms il s'agit de la même maladie, peu importe, en dernière analyse, le mot que l'on emploie pour les dénommer.

M. Teissier, nos lecteurs le savent, a déjà beaucoup fait pour l'étude de cette grave question de pathologie. Son but a été de prouver que le système de phénomènes morbides de l'infection purulente constitue une maladie essentielle *sui generis*, indépendante de toute autre maladie, ayant par conséquent une existence pathologique propre et devant occuper sa place dans la nosologie.

Aujourd'hui M. Teissier aborde la partie la plus difficile de la question : le traitement de cette terrible maladie. On sait l'insuffisance de toutes les méthodes, de tous les moyens au moyen desquels on l'a combattue. D'après plusieurs observations consciencieusement recueillies, ce médecin, honorablement connu dans la science, a l'espoir d'avoir trouvé dans l'aconit un remède prophylactique et curatif des plus efficaces. Puissent les résultats qu'il annonce être vérifiés et confirmés ! Laissons parler M. Teissier.

« La diathèse purulente débute quelquefois d'emblée ; d'autres fois elle est précédée d'une maladie dont elle viendra entraver la marche : tel est par exemple le cas des blessures diverses, fractures compliquées, plaies avec dénudation des os, plaies simples, opérations sanglantes, etc. Dans ces dernières circonstances, la diathèse purulente est assez fréquente pour qu'on ait à en redouter l'invasion, même à la suite de la plus simple division des parties molles. Toutefois, on sait bien que la gravité des blessures, la contusion des parties lésées, la commotion générale ou partielle, sont des motifs de crainte tout particuliers. De ces deux modes d'invasion il résulte qu'un traitement bien ordonné serait à la fois curatif et préventif.

« *Traitement curatif.* — Avant toutes choses, il est bon de rappeler l'aphorisme d'Hippocrate : *Qui sufficit ad cognoscendum sufficit ad curandum, et è contrario.* Or, rien n'est comparable, sous le rapport de la difficulté du diagnostic, à la diathèse purulente. Elle présente un si grand nombre de lésions, et les habitudes organiciennes sont tellement enracinées, qu'ordinairement on prend la maladie qui débute pour une phlegmasie quelconque ; ensuite les progrès de la maladie font voir autre chose : au lieu de mettre le doigt sur le mal en s'avouant que l'on s'est trompé, on cherche mille et une raisons pour expliquer cet état *vraiment extraordinaire;* et quand on a jugé, en raison de tous

ces graves phénomènes, qu'il y a évidemment *une profonde altération du sang*, ou quelque *grand empoisonnement*, quelque *terrible intoxication*, on abandonne le malade à son sort.

« La première condition du traitement est donc de laisser à la porte du malade et les profondes altérations du sang, et les grands empoisonnements, et les terribles intoxications. La maladie est bien assez difficile à suivre sans qu'on s'embarrasse l'esprit de ces lieux communs. On sait bien que, dans la diathèse purulente, le sang peut être transformé en pus : qu'en conclure? qu'il faut éviter cet accident comme les autres. D'ailleurs la maladie n'a pas besoin, pour tuer ceux qui en sont atteints, d'altérer et de transformer leur sang en pus ; les accidents généraux qui portent sur les forces naturelles et vitales, les suppurations des diverses parties, suffisent pour amener ce résultat. Or, ce sont ces lésions, c'est cet état général qui fournissent les premières indications.

« La maladie débute-t-elle par une inflammation, quel que soit le siége de celle-ci, veine, articulations, membres, utérus, péritoine, plèvres, méninges, etc., il faut, autant que possible, s'en rendre maître par une médication antiphlogistique appropriée, et qui consiste :

« 1° Dans l'application , sur les foyers inflammatoires, de 20 à 30 sangsues, répétée plusieurs fois dans les quarante-huit premières heures :

« 2° Dans l'immersion des malades dans des bains tièdes aussi longtemps prolongés et aussi souvent répétés que les forces des malades le permettent ;

« 3° Dans l'immersion des membres affectés dans des bains locaux tièdes pendant l'intervalle des grands bains et des applications de sangsues. Quand c'est impossible, on a recours aux topiques émollients. Quelquefois il est nécessaire de pratiquer une large saignée du bras au début de la maladie, si le malade est pris d'une fièvre intense, avec chaleur sèche à la peau, céphalalgie, face vultueuse, dureté et fréquence du pouls. On attend ensuite l'invasion des affections locales pour agir ; quelquefois celles-ci n'arrivent que le troisième jour : dans ce cas, elles sont précédées de douleurs erratiques dans la continuité des membres ou même dans une ou deux articulations. Lorsque l'une de ces douleurs devient fixe et prédominante, on peut compter sur le développement d'un abcès et agir comme nous l'avons dit plus haut.

« Une fois le malade réduit à l'état lipothymique par cette énergique médication antiphlogistique, les accidents sont mo-

dérés, mais la maladie n'est pas terminée ; et si l'on abandonne le malade au cours des événements, on voit de nouveau les accidents reparaître, et le malade succombe plus ou moins rapidement : dans ces circonstances, il n'y a rien de bon à attendre ni de l'émétique à haute dose, ni de l'ipécacuanha à doses répétées, ni du calomel, lorsque la maladie est grave. J'ai plusieurs fois enrayé la maladie avec le sulfate de quinine, lorsque les frissons se répétaient d'une manière assez régulière ; mais cette médication est le plus souvent infidèle dans les cas graves.

« Voici le moyen qui m'a paru le plus efficace : lorsque le traitement antiphlogistique touche à sa fin, que le malade est dans cet état nerveux qui précède ou accompagne l'état lipothymique, j'administre l'alcoolature d'aconit de la manière suivante :

P. :	Eau sucrée ou sirop simple. . . .	250 grammes.
	Alcoolature d'aconit.	8 grammes.

« Mêler une cuillerée de cette liqueur à la boisson du malade, de manière qu'il ait pris au moins la moitié de la dose dans les vingt-quatre heures ; continuer ensuite en augmentant ou en diminuant la dose, suivant la persistance des accidents ou suivant l'amélioration obtenue.

« En même temps on facilite la résolution des foyers inflammatoires par des onctions d'une pommade à l'iodure de plomb contenant 3 grammes de sel pour 30 d'axonge ; on recouvre le linge qui sert à l'onction avec des cataplasmes de farine de graine de lin.

« En général, l'action thérapeutique de l'aconit n'est sensible qu'après douze heures de son emploi. Cette action consiste dans une rémission du mouvement fébrile, du malaise général et des accidents locaux.

« Si l'on cesse trop tôt l'usage du médicament, dont au reste on peut réduire la dose à 2 grammes dans les vingt-quatre heures lorsque la rémission se soutient ; si, dis-je, on cesse trop tôt, les accidents reparaissent, et il faut se hâter d'avoir recours au médicament abandonné. Du reste, en général la maladie persiste, suit sa marche, offre ses symptômes et ses lésions, mais à un degré modéré ; la différence capitale entre la diathèse purulente traitée par l'aconit et celle qui suit son cours naturel, c'est que la première est plus bénigne, quant à l'état général et quant à l'état local, que la dernière. La première m'a paru jusqu'ici se terminer assez promptement par la guérison, tandis que la seconde se termine rapidement par la mort dans la très-grande majorité des cas. Voilà surtout en quoi la différence est capitale.

« Est-ce là une illusion ? c'est ce que j'examinerai dans un instant. Poursuivons les indications.

« Lorsque la maladie est très-grave, comme à la suite des grandes opérations, comme dans la diathèse purulente épidémique des femmes en couches, il faut se hâter de recourir à l'aconit dès le début des accidents, et presser les doses. Ce n'est souvent que lorsque l'économie est pour ainsi dire saturée du médicament, que son action commence et s'annonce par une rémission appréciable et pour le médecin et pour le malade ; du reste, l'expérience prononcera ultérieurement sur ces cas : ce n'est qu'après un grand nombre de faits qu'il sera possible d'arriver à la précision.

« *Traitement préventif.* — Nous avons signalé plusieurs fois des circonstances dans lesquelles on peut redouter l'invasion de la diathèse purulente : tel est le cas des plaies qui suppurent, des accouchements pendant une épidémie puerpérale. Chez les malades placés dans ces conditions, l'administration de l'aconit ne présente que des avantages : d'une part, chez les blessés, ce médicament modère et l'inflammation et la fièvre ; de l'autre, chez la nouvelle accouchée qui ne nourrit pas son enfant, on ne voit pas *à priori* ce que pourrait avoir d'inconvénient l'usage d'un gramme d'alcoolature d'aconit pris chaque jour dans de la tisane. J'ai eu trop souvent l'occasion de donner ce médicament pour redouter un résultat fâcheux; néanmoins l'expérience n'ayant point été faite pour les nouvelles accouchées, je dois me tenir sur la réserve. Il en est autrement des blessures, des phlegmons. Ici j'ai plusieurs fois conjuré un danger imminent de diathèse purulente, et je ne saurais trop appeler l'attention des chirurgiens sur ce traitement préventif ; au lieu d'un régime banal, il serait fort simple d'administrer chaque jour à ces malades 1 gramme ou 2 d'alcoolature d'aconit dans un verre d'eau sucrée.

« A l'appui du traitement préventif que je viens de conseiller, il est inutile de citer des faits, attendu que son efficacité ne peut être réellement appréciée que lorsqu'il aura été employé sur une grande échelle, par exemple dans quelques services de chirurgie des hôpitaux.

Quant au traitement curatif, jusqu'ici son efficacité ne s'est point démentie. Ainsi, en 1843, aux mois de novembre et de décembre, je fus chargé d'une maternité temporaire à l'Hôtel-Dieu annexe. On l'avait établie en raison d'une épidémie de fièvre puerpérale qui avait forcé d'évacuer l'hôpital de la Maternité. L'épidémie se manifesta dans nos salles. Ayant distingué avec soin les simples phlegmasies, les fluxions, des cas de fièvre

puerpérale, nous dûmes reconnaître que le nombre des morts était exactement le même que celui des malades. Il en était de même à cette époque dans les autres services soit de Saint-Louis, soit de l'Hôtel-Dieu. Dans ces circonstances, après avoir employé sur quatorze malades les traitements les plus vantés, je donnai l'aconit aux quinzième et seizième malades, préalablement soumises à la médication antiphlogistique. Ces deux femmes guérirent.

« En raison du développement de l'épidémie, ce service fut supprimé; je ne pus donc continuer l'emploi de ce moyen. L'année dernière (1845), j'en fis usage à la Charité et à l'hôpital Necker dans plusieurs cas de fièvre puerpérale qui guérirent parfaitement. La même chose se répéta deux fois en ville dans ma pratique particulière. Un de mes amis, M. Jousset, ayant administré ce traitement à deux malades de l'Hôtel-Dieu, vit deux cas d'une gravité extrême se terminer heureusement. Enfin, j'ai eu directement connaissacce d'un fort beau résultat obtenu par M. Grapin, interne de la Pitié, auquel M. Devasse avait communiqué les résultats dont je parle. Quant à la diathèse purulente, suite de blessures, je pourrais rappeler la maladie de M. Hélot, aujourd'hui chirurgien à Rouen, et qui, à la suite d'une piqûre d'amphithéâtre, fut très-gravement affecté. Après une médication antiphlogistique très-énergique, la rémission fut obtenue chez lui par l'administration de l'aconit. Toutefois il n'en suppura pas moins, on peut presque le dire, de la tête aux pieds.

« M. Nélaton, qui fut témoin de ce résultat, et auquel je fis part des faits que je possédai déjà, a eu dernièrement l'occasion d'administrer l'aconit avec succès dans un cas de diathèse purulente. Doit-on considérer l'aconit comme un spécifique contre la diathèse purulente au même titre que le quinquina l'est contre la fièvre intermittente ? Je ne le pense pas. Il me semble jusqu'à présent, si l'on peut comparer ces deux agents thérapeutiques, que l'aconit agit dans la diathèse purulente à peu près comme l'émétique à haute dose dans la pneumonie. Du reste, je me borne dans cette note à signaler un fait pratique de la plus haute gravité. Il est absolument inutile d'en dire davantage. »

---

11. *De la cautérisation par le nitrate d'argent dans certaines affections de la vulve et du méat urinaire;* par M. le docteur J. Soulège. — Dispensaire Sainte-Geneviève. — M. Tanchou.

(Journa des Connaissances médico-chirurgicales, mai 1846.)

Disons tout d'abord que nous n'avons pas eu pour but, dans ce

travail, de nous occuper des affections si nombreuses et si variées dont les muqueuses vaginale et utérine peuvent être le siége. Ces affections ont depuis quelques années acquis une si grande importance, elles ont été, de la part d'hommes si éminents d'ailleurs, l'objet de tant de recherches et de tant d'écrits, que nous aurions peu de chose à en dire qui n'ait été dit déjà. Encore moins pourrions-nous donner la cautérisation comme un *nouveau* moyen de traitement. La cautérisation est un moyen dont on a, sous toutes les formes, beaucoup usé, et même, dirons-nous, un peu abusé ; aussi n'aborderons-nous pas ce sujet, selon nous épuisé. Nous nous occuperons d'un point encore inexploré ; car l'affection dont nous allons parler, si quelques-uns l'ont vue, personne, au moins que nous sachions, ne l'a décrite ; c'est ce que nous allons essayer de faire pour indiquer ensuite le traitement qui nous a toujours réussi. Disons d'abord en quoi consiste l'affection qui fait le sujet de ce travail.

Pour peu qu'on s'occupe des maladies des femmes, il n'est pas rare, et cela est au contraire très-fréquent au dispensaire, qu'on soit consulté pour une incommodité qui se change bientôt pour les malades en une souffrance assez vive et quelquefois insupportable. Les malades se plaignent d'un sentiment de tension à la vulve, avec démangeaison plus ou moins vive ; elles accusent une sensation de chaleur, se plaignent d'envies d'uriner, d'un sentiment de constriction pénible et d'une cuisson souvent très-vive.

Après qu'on s'est assuré qu'il n'y a rien du côté de la vessie, on touche et on examine au spéculum. On verra plus bas que le toucher ne peut rien nous apprendre. Quant au spéculum, voici ce qui arrive : de deux choses l'une : ou il y a une affection de la muqueuse du vagin ou de l'utérus, ou cette membrane est dans son état normal. Dans le premier cas, et c'est le plus fréquent, l'attention se porte sur l'affection que le spéculum nous a révélée, on dirige ses moyens d'action en conséquence, et on s'en rend maître, je suppose. On guérit donc un mal ; mais on est passé à côté d'un autre, et la preuve c'est que le malade se plaint comme auparavant et accuse à peu près les mêmes douleurs.

Dans le second cas, c'est-à-dire s'il n'y a pas coïncidence d'une affection de la muqueuse vaginale ou utérine, on ne voit rien, le mal échappe encore. On met les symptômes sur le compte d'une irritation vague vers les parties génitales ou les voies urinaires. On a recours aux moyens généraux, tels que des bains, une tisane rafraîchissante ; on prescrit des bains de siége, des cataplasmes émollients, un régime convenable, etc. Disons tout de suite que ces moyens sont inefficaces. Enfin, après d'autres tâtonnements

inutiles, on examine, et l'on trouve facilement si on est averti, par hasard si on ne l'est pas, la muqueuse qui tapisse les grandes lèvres un peu plus colorée que dans l'état ordinaire, surtout vers leur partie inférieure. Quelquefois cette muqueuse est rouge par plaques : il ne faut pas confondre cette coloration avec une espèce de *marbrure* qui est l'état normal chez les femmes d'un certain âge ; parfois même on y rencontre quelques rares ulcérations superficielles, mais ceci n'a lieu que lorsque l'affection est déjà ancienne. Cette coloration de la muqueuse dont le cercle, surtout au début, est beaucoup plus rétréci, augmente à mesure qu'on va de la périphérie au centre, jusqu'au méat urinaire, où elle prend une teinte foncée et comme vineuse. Elle semble se continuer dans l'urèthre où elle s'enfonce seulement de quelques lignes en subissant la dégradation observée dans la vulve; de sorte que le méat urinaire est le petit foyer d'où semble rayonner l'inflammation qui diminue et s'éteint à mesure qu'elle s'éloigne de son point de départ. Le pourtour du canal de l'urèthre est rugueux et comme frangé, surtout si la maladie dure depuis quelque temps, indépendamment des granulations plus ou moins saillantes qu'on y rencontre, mais en ce point seulement, et pourtant aussi dans l'intérieur même du canal, très-près de son orifice externe. On pense bien que ces granulations ne se rencontrent que lorsque l'affection est déjà ancienne. Terminons cette description par une remarque de M. Tanchou : c'est que, quel que soit le degré de rougeur et d'inflammation, qu'il y ait ou non des granulations, nous n'avons jamais rencontré d'*écoulement*, pas même de suintement d'aucune espèce. Serait-ce parce que le point enflammé est trop limité? Mais ne sait-on pas que dans les uréthrites, chez l'homme, l'inflammation de la fosse naviculaire suffit pour produire un abondant écoulement de pus? Ou bien est-ce que l'écoulement, peu abondant, d'une part, à cause du peu d'étendue des surfaces, et, de l'autre, diaphane ou semi-diaphane, comme on le voit dans les inflammations légères du vagin, se vaporiserait à mesure de sa formation au contact de l'air et à cause de la chaleur locale, ce qui ne peut avoir lieu dans le vagin à cause de la disposition des parties? Quoi qu'il en soit, faisant bon marché de l'explication et restant dans le fait, répétons : Il n'y a pas d'écoulement. Ajoutons à cette description les signes commémoratifs dont nous avons parlé en commençant, et on aura un tableau fidèle de cette affection que sans doute beaucoup ont vue, que quelques-uns ont remarquée, mais que personne, à notre connaissance, n'avait encore décrite.

Venons au traitement, qui n'est pas d'une petite importance ;

car l'affection dont nous parlons est d'une ténacité extrême et toujours rebelle aux moyens que la nature inflammatoire semble indiquer. Nous avons entendu M. le professeur Trousseau (il est de ceux qui l'ont remarquée) dire dans son cours que cette incommodité faisait le désespoir des femmes, et nous pouvons ajouter celui des médecins ; car, outre qu'elle met en défaut leur perspicacité, elle déjoue leurs moyens, ainsi que nous le verrons tout à l'heure.

La nature apparente de la maladie semblait indiquer la voie à suivre ; aussi M. Tanchou lui-même a-t-il, au commencement de sa pratique, eu recours aux antiphlogistiques. Ainsi : bains généraux, tisanes délayantes, cataplasmes, applications de sangsues, etc., etc. Mais tous ces moyens étant inutiles, il changea sa manière de faire, il eut recours au moyen dont nous allons bientôt parler.

M. le professeur Trousseau recommande 15 grammes de poivre cubèbe en infusion dans 500 grammes d'eau à boire dans la journée. Cette médication, dont le savant professeur dit avoir retiré d'excellents effets, n'a pas répondu à nos espérances. Ce moyen était donc insuffisant. D'autre part, cette inflammation qui résistait aux antiphlogistiques, ses maîtres naturels, avait donc quelque chose de particulier, de spécial ; et, par une analogie frappante avec ces inflammations granuleuses de la conjonctive, rebelles à tout et domptées seulement par le crayon de nitrate d'argent, on eut recours à ce caustique. Le remède fut héroïque et le succès complet et constant. M. Tanchou crayonne les parties malades et enfonce le lingot dans l'urèthre. Il en résulte une douleur assez vive d'abord, mais de peu de durée. Deux ou trois cautérisations suffisent ; ce n'est que dans des cas déjà anciens qu'un plus grand nombre est nécessaire pour obtenir la guérison des malades.

Je pourrais rapporter bon nombre d'observations ; je me borne à trois, choisies comme types de périodes bien tranchées de la maladie.

Obs. I. — Anne C..., 28 ans, cuisinière, vient au dispensaire le 14 septembre 1845 ; elle se plaint d'envies fréquentes d'uriner, de démangeaisons reitérées, d'un peu de cuisson après la miction qui se termine par gouttes.

A l'examen, rien du côté du vagin ; on reconnaît l'affection. Bains, tisane de chiendent miellée, puis application de douze sangsues à la vulve ; continuer les moyens généraux. Point d'amélioration. Cautérisée au crayon de nitrate d'argent le 12e jour ; le surlendemain, mieux marqué. Nouvelle cautérisation : elle a

suffi pour faire disparaître tous les symptômes. Il y avait chez cette malade une rougeur peu étendue; elle ne souffrait que depuis quelques jours (1re période).

Obs. II. — Madeleine P..., 23 ans, lingère; mêmes signes commémoratifs; la rougeur est plus étendue, comme violacée au centre; le pourtour de l'orifice externe de l'urèthre est frangé; point de granulations.

Même insuccès des antiphlogistiques; trois cautérisations à un jour d'intervalle; guérison (2e période).

Obs. III. — Fanny S., couturière, 24 ans, pâle, lymphatique, est atteinte de la même affection, mais à un plus haut degré; quelques ulcérations superficielles aux grandes lèvres, granulations au pourtour et aux bords du méat; de plus, écoulement vaginal assez abondant.

Deux prises par jour de sous-carbonate de fer et de quinquina ãã 0,10 centig.; régime substantiel; pansement tous les deux jours avec la poudre de tan : au bout de quinze jours, les forces étaient remontées, l'écoulement était tari. L'affection vulvaire était comme auparavant : alors, antiphlogistiques moins les sangsues. Point de résultat. Cinq cautérisations : les granulations ont disparu; la malade est guérie.

Ces trois malades n'ont pas été perdues de vue : la guérison est parfaite.

—Nous n'avons pas cru devoir multiplier les observations, afin d'éviter les répétitions; mais des trois qui précèdent on peut conclure à l'efficacité de la cautérisation par le nitrate d'argent dans une affection qui n'est peut-être ni nouvelle ni inconnue, mais dont la description, qui manquait jusqu'à présent, sera, nous osons l'espérer, de quelque utilité pratique.

MALADIES DES ENFANTS.—12. *Du traitement chirurgical du croup.* — Hôpital des Enfants. — M. Guersant fils.

(Gazette des Hôpitaux, N° 48; 1846.)

Notre dessein n'est point ici de faire l'histoire du croup, histoire qui est plutôt du domaine de la médecine que de celui de la chirurgie, et qui du reste se trouve partout. Ce que nous voulons vous dire, c'est le traitement chirurgical que l'on emploie contre cette affection.

Pour nous, le croup est une angine laryngée avec formation de fausses membranes. C'est une inflammation qui est toujours accompagnée de la présence de fausses membranes dans le larynx. Toutes les fois que nous ne pouvons pas constater la présence de

fausses membranes dans le larynx, nous n'osons pas affirmer qu'il y ait croup. Nous partageons, sur ce point, l'opinion de MM. Bretonneau, Trousseau, Guersant père, Blache, etc. Bien que nous ayons dit que nous ne voulions pas faire l'histoire du croup, qu'il nous soit permis de présenter quelques réflexions sur la manière dont il débute souvent. Le croup peut commencer, soit par les amygdales, soit par les bronches, soit d'emblée, par le larynx lui-même. Les deux premières formes qu'il peut présenter au début constituent deux complications importantes : lorsqu'il y a exsudation plastique et pseudo-membranes sur la surface de la membrane muqueuse des amygdales, il y a croup avec complication d'angine pharyngée couenneuse. Lorsque la maladie commence par les parties plus profondes, par les dernières ramifications de l'arbre bronchique, on dit qu'il y a croup avec complication de trachéo-bronchite pseudo-membraneuse. Dans l'angine couenneuse, le pharynx, qu'il faut toujours se hâter d'explorer dans toutes les espèces d'angines chez les enfants, offre une rougeur manifeste, avec plus ou moins de gonflement des amygdales ; et, ce qui doit surtout fixer l'attention, les amygdales sont recouvertes de petites plaques blanches qui s'étendent quelquefois même jusque sur le voile du palais, la luette, etc.

Les moyens que l'on a jusqu'à présent mis en usage dans le traitement du croup doivent être divisés en moyens médicaux, moyens chirurgicaux.

Les premiers sont extrêmement bornés, n'agissent pas directement sur le mal ; et si on peut citer quelques faits où l'on a obtenu une guérison par ces moyens, ces cas sont excessivement rares. Leur impuissanne si fréquente s'explique, du reste, par leur mode d'action sur l'économie ; tandis que c'est sur le lieu malade lui-même qu'il faudrait agir. A quoi se réduisent les moyens médicaux ? Pendant un temps, et sous l'influence de cette idée que le croup n'est qu'une inflammation, on a employé le traitement antiphlogistique. Il est évident pour ceux qui ont quelque habitude de soigner des enfants, que le traitement antiphlogistique est loin d'être curatif. Dans un grand nombre de cas, même, nous disons plus, il est nuisible. C'est revenir à la médecine ancienne que d'appliquer des sangsues aux enfants qui sont atteints de croup. C'est là une médication banale, sans utilité réelle appréciable, souvent, nous l'avons déjà dit, plus fâcheuse qu'elle n'est avantageuse. Cela veut-il dire que nous repoussions complétement tous les moyens médicaux et que nous prétendions qu'il n'y a de guérison que par la trachéotomie ? Nullement. Ce serait tomber dans un excès aussi répréhensible

que celui des médecins qui prétendent qu'il faut rejeter du traitement du croup tous les topiques. Les cas où les émissions sanguines seules ont guéri la maladie sont des cas exceptionnels. L'expérience journalière des faits démontre qu'elles n'ont pas l'effet d'arrêter cette phlegmasie toute spécifique, comme elles le font pour les autres inflammations.

Après les antiphlogistiques, arrivent les vomitifs employés sous toutes les formes ; ils ont rendu d'immenses services dans un grand nombre de cas comme adjuvants, et adjuvants bien plus utiles que les évacuations sanguines. Les vomitifs agissent presque comme agents mécaniques seulement, en favorisant le décollement et l'expuition des fausses membranes qui recouvrent la muqueuse des voies aériennes. Mais il ne faut pas se borner aux vomitifs pour tout traitement : quand on n'emploie qu'eux seuls, on est encore à se demander si les succès sont nombreux que l'on a obtenus par ces agents thérapeutiques.

Une autre catégorie de moyens qui rendent souvent de grands services, surtout lorsque l'on est appelé tout à fait au début de la maladie, ce sont les mercuriaux, employés tant à l'intérieur, sous forme de calomélas (proto-chlorure de mercure), qu'à l'extérieur, en frictions, par exemple, avec l'onguent napolitain sur la partie antérieure du cou. Les mercuriaux sont évidemment des modificateurs beaucoup plus puissants que les antiphlogistiques ; mais il faut, pour qu'ils réussissent, que les accidents de suffocation ne soient pas très-pressants et que les sujets ne soient pas très-affaiblis. Pour eux encore, comme pour les deux catégories de médicaments précédentes, il n'existe pas un très-grand nombre de cas où l'on puisse les regarder comme ayant à eux seuls guéri l'affection pseudo-membraneuse du larynx. Nous mentionnerons encore, en passant, le kermès, le tartre stibié comme des substances auxquelles on pourra quelquefois avoir recours ; mais, nous ne saurions trop le répéter, ce ne sont guère là que des adjuvants, et toutes ces médications ne sont point des méthodes générales auxquelles on doive avoir recours dans tous les cas.

Le plus souvent, il faut avoir recours aux moyens chirurgicaux, et c'est sur ceux-là que nous croyons devoir principalement insister ici. Par ces mots, moyens chirurgicaux, nous ne voulons pas parler seulement de l'opération de la trachéotomie ; ceux que l'on emploie le plus communément, et tout d'abord, ce sont les cautérisations que l'on pratique sur la membrane muqueuse de l'arrière-gorge.

Ces cautérisations se font, soit avec des liquides, soit avec des

substances solides. Les liquides que l'on met en usage dans le traitement du croup sont de plusieurs espèces. Ainsi, l'on se trouve bien quelquefois de l'emploi de l'acide hydrochlorique affaibli, porté à l'aide d'un pinceau ou d'une éponge, ou mélangé à du miel, à du sirop ; puis l'alun en solution. Mais le caustique par excellence, celui auquel on doit presque toujours donner la préférence, c'est le nitrate d'argent, soit qu'il forme la base d'une solution très-concentrée, soit qu'il soit dissous dans une assez grande quantité d'eau. Parmi les caustiques solides, nous trouvons l'alun en poudre, le nitrate d'argent en crayon. Voilà donc des caustiques liquides, solides, pulvérulents, dont on cherchera à faire usage autant que possible avant d'en venir à l'opération de la trachéotomie, et suivant les circonstances individuelles des cas.

Les cautérisations avec les solutions peu concentrées sont en général peu actives. Elles suffisent néanmoins dans un assez grand nombre de cas, non pas lorsque le croup a atteint son maximum d'intensité, mais lorsque l'affection est tout à fait à son début, qu'il n'y a pour ainsi dire que des prodromes, et que l'on aperçoit sur la muqueuse tonsillaire ou pharyngienne des plaques pseudo-membraneuses. Nous avons dit que d'après un grand nombre d'auteurs distingués, la maladie commençait par l'apparition des plaques pseudo-membraneuses sur les amygdales. Cependant, a-t-on dit, il n'en est pas toujours ainsi. On a vu souvent des enfants chez lesquels existait un croup bien confirmé, et qui ne présentaient rien absolument sur les amygdales. A la rigueur, cela est possible. Le croup peut commencer par la trachée, par les bronches, il peut aussi se manifester d'emblée par la production de fausses membranes dans le larynx ; mais ces cas sont les plus rares. Si, souvent, on n'a pas vu de fausses membranes sur les amygdales et dans l'intérieur du pharynx, c'est que souvent la première période du croup passe inaperçue. Lorsque dans cette première période, et en même temps qu'il y a des fausses membranes sur les amygdales, les phénomènes sont peu tranchés, il arrive quelquefois que le médecin, surtout s'il n'a pas l'habitude de voir journellement des enfants, néglige de visiter le fond de la gorge.

Nous nous rappelons avoir été appelé un jour pour voir un enfant qui, la nuit précédente, avait été pris d'insomnie, d'agitation, de chaleur de la peau, de fièvre légère ; il ne toussait pas : rien ne semblait donc appeler notre attention du côté du pharynx. Il n'y avait aucun symptôme qui pût nous mettre sur la voie. Si dans ce cas nous n'avions pas examiné le fond de la

gorge, comme nous avons pris l'habitude de le faire toujours, nous aurions, sans nous en apercevoir, laissé se déclarer une affection croupale. Cependant, en explorant attentivement le fond de la bouche, nous aperçûmes quelques petites taches blanches sur les amygdales; nous en pratiquâmes de suite la cautérisation : malgré cette promptitude à attaquer localement la maladie, le croup se déclara, devint des plus graves, et nécessita l'opération de la trachéotomie quelques jours plus tard. Pour le dire en passant, ce fut un de nos cas de succès. Si nous n'avions pas pris cette précaution d'examiner la gorge, ces fausses membranes nous eussent échappé.

M. Trousseau voit un jour un enfant malade qui portait un vésicatoire; sur ce vésicatoire, une légère couche pseudo-membraneuse s'était formée. Averti par ce phénomène, il inspecte le fond de la gorge; il découvre des fausses membranes sur les amygdales et les cautérise de suite. On sait que les sujets qui sont disposés à la diphthérite du pharynx et du larynx ont souvent des fausses membranes sur les plaies qu'ils peuvent présenter sur d'autres parties du corps, quelles que soient du reste les causes et la nature de ces plaies; comme les autres, les vésicatoires peuvent se couvrir de fausses membranes : c'est ce qui arriva dans le fait observé par M. Trousseau. Nous en revenons à dire que presque toujours le croup commence par des fausses membranes sur les amygdales ou sur la muqueuse qui tapisse la paroi postérieure du pharynx. Souvent si on ne les a pas constatées, c'est qu'on a négligé de faire l'exploration de cette cavité, ou qu'on ne l'a faite qu'au moment où la maladie a déjà gagné le larynx et abandonné les points où elle s'était primitivement développée. Au commencement et pendant que les amygdales sont couvertes de cette exsudation plastique, il n'y a pas encore d'accidents très-graves; ce n'est qu'au moment où ces accidents surviennent que l'on examine la gorge, et alors déjà les membranes se sont détachées des amygdales et il n'en reste plus de traces.

C'est au moment où les fausses membranes existent sur les amygdales, c'est-à-dire tout à fait au début de la maladie, que la chirurgie est puissante. C'est dans ce moment seul, et tant que vous n'avez affaire encore qu'à une angine pseudo-membraneuse, que vous pouvez conserver l'espoir de guérir le croup; et en effet vous y arrivez assez fréquemment à cette époque, tandis que plus tard vous y parvenez rarement.

Une fois l'angine pharyngée diphthéritique reconnue, et la cautérisation jugée nécessaire, comment doit-on la pratiquer? Si l'on emploie le nitrate d'argent solide, et c'est un des caustiques

dont on se sert le plus souvent, parce que le médecin l'a sous la main, il y a des précautions à prendre. Il faut d'abord faire maintenir l'enfant par un aide avec la plus grande force. On aura soin de ne faire sortir le nitrate d'argent du porte-crayon que d'une très-petite longueur. Si l'enfant faisait un mouvement brusque, le morceau de nitrate d'argent pourrait se casser s'il était un peu long, tomber dans le pharynx, et être avalé par le malade; ce qui ne serait jamais sans danger. Si l'on n'a que le nitrate d'argent solide à sa disposition, il faut s'entourer des précautions les plus minutieuses. L'opération est peu de chose en elle même ; mais elle peut être grave par ses résultats et ses conséquences. En général, nous recommandons, chez les très-jeunes sujets, de ne point examiner le fond de la gorge sans être aidé d'une autre personne. Il est certain que dans quelques cas vous pourrez par surprise arriver à voir le fond de la gorge chez de très-jeunes enfants ; mais si dans une première tentative vous manquez votre coup, qu'on nous passe cette expression, il vous sera beaucoup plus difficile de procéder à une nouvelle exploration, l'enfant se tenant sur ses gardes et se débattant de façon à gêner considérablement l'observateur. Ainsi, à moins que vous n'ayez affaire à un enfant d'un certain âge déjà, on devra toujours commencer par faire maintenir les mains et la tête de l'enfant ; puis vous abaisserez la langue, soit avec une spatule très-large, soit avec le manche d'une grande cuiller.

Si l'on se sert d'une petite cuiller ou d'une spatule ordinaire, il est à peu près impossible le plus souvent d'arriver à un résultat convenable et complet, à cause du peu de largeur de l'instrument. Si vous en avez un sous la main, l'abaisse-langue, instrument spécialement destiné à cette exploration, sera encore préférable : nous employons le plus ordinairement l'abaisse-langue en bois, qui a le grand avantage de ne point se laisser altérer par les liquides médicamenteux ou caustiques dont on se sert pour toucher les fausses membranes de la gorge.

Quant au point que l'on doit toucher avec le caustique, il ne faut point se borner à agir sur les fausses membranes ; on aura la plupart du temps beaucoup plus d'avantage à toucher autour de la fausse membrane : cette manière d'agir a sur l'autre l'avantage de limiter en quelque sorte la marche de la fausse membrane et de l'empêcher de s'étendre plus loin. Lorsque les fausses membranes sont fort étendues, on cautérise, non pas seulement les fausses membranes, mais aussi toute la muqueuse avoisinante, pour empêcher les progrès de l'affection. Comme moyen énergique, le crayon de nitrate d'argent est certainement bon et actif;

c'est celui dont on doit se servir toutes les fois qu'on le peut. Cependant, généralement, la crainte que l'on peut avoir de voir se casser le crayon dans la bouche de l'enfant fait préférer l'emploi des solutions. Les solutions faibles qui réussissent souvent au début, avons-nous dit, se composent de 0,2 ou 0,3 grammes pour 30 grammes d'eau distillée. C'est un liquide tellement faible qu'il pourrait à la rigueur passer pour un simple collyre. Lorsque l'affection ne menace pas de faire des progrès très-rapides, deux ou trois cautérisations par jour avec cette faible solution peuvent suffire.

Mais dans les cas plus graves, si l'on veut agir plus énergiquement, plus rapidement, on se servira de solutions beaucoup plus fortes, 1 gramme de nitrate d'argent, par exemple, pour 3 ou 4 grammes d'eau. Mais alors on ne fait qu'une seule cautérisation dans les vingt-quatre heures. Pour pratiquer les cautérisations, vous fixez au bout d'une baleine un morceau d'éponge plus ou moins volumineux, suivant l'âge de l'enfant sur lequel vous devez agir : nous croyons préférable, pour le dire en passant, de fixer l'éponge sur la baleine, non pas comme un fil, mais avec de la cire à cacheter. On trempe l'éponge dans la solution, de manière qu'elle soit suffisamment imbibée, sans qu'elle laisse s'écouler le liquide dont elle est chargée. Les précautions étant prises, on abaisse la langue et l'on passe rapidement l'éponge ainsi mouillée sur la surface des amygdales, ou sur la portion de la membrane muqueuse du pharynx qui est le siége de l'exsudation pseudo-membraneuse. Voilà une des premières opérations chirurgicales qui peuvent être pratiquées au début du croup, à une époque où il n'y a guère encore que des prodromes, où il n'y a d'appréciable que l'angine couenneuse.

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 13. *Des différentes espèces de tumeurs cancereuses du sein. Des caractères de celles qu'on ne doit pas opérer.* — Hôpital de la Charité. — M. VELPEAU.

(Gazette des Hôpitaux, N° 55, 1846.)

Il est entré, ces jours derniers, à la Charité, une femme, marchande de vin, âgée de cinquante-huit ans, qui porte au sein une tumeur dont la nature nous fournira le sujet de quelques réflexions au point de vue de l'opération et des variétés de ces tumeurs qui la contre-indiquent.

Le sein de cette malade présente une masse bosselée, mobile et déjà ulcérée en un point; elle offre les caractères tranchés du tissu encéphaloïde à l'état cru, et paraît devoir être très-facile à enlever. Cependant, c'est là une de ces maladies auxquelles on ne doit point toucher, par la raison qu'en examinant toute la mamelle, on rencontre de petites bosselures, comme en chapelet, jusque même sur le bord du grand pectoral; de plus, le mamelon, lui aussi, est affecté; enfin, c'est une affection cancéreuse disséminée, une de celles que nous ne voulons plus opérer, et qui sont pour nous de véritables *noli me tangere*.

Pour appuyer l'assertion que nous émettons ici, nous avons besoin d'entrer dans quelques explications. Ce n'est pas que nous voulions dire qu'à la suite de l'opération la plaie ne puisse se cicatriser et la malade guérir de l'opération elle-même; mais nous avons acquis aujourd'hui la désolante conviction que cette sorte de cancer récidivait infailliblement, et c'est une de ces espèces à placer à côté de ce que nous appelons le squirrhe ligneux, tubéreux, qui est aussi très-commun, et qui toujours est suivi de récidive après l'opération.

Il y a, selon nous, bon nombre de tumeurs cancéreuses qu'on ne doit pas enlever chez les femmes, et c'est là une question excessivement délicate, parce que, en général, ces tumeurs, ou beaucoup d'entre elles au moins, peuvent, à la rigueur, être emportées par l'instrument; mais, comme les différentes espèces ne sont pas suffisamment connues de tous les praticiens, on propose souvent l'ablation de tumeurs qu'on devrait se garder d'opérer, tant est sûre la récidive.

Depuis Bayle et Laënnec, on a admis des différences entre les divers cancers; mais il s'en faut que tout le monde s'accorde sur ces différences. Pour quelques-uns, les tumeurs fibreuses même peuvent devenir cancéreuses. Nous pensons, quant à nous, que c'est là une erreur. Mais d'ailleurs, en enlevant ces sortes de tumeurs, elles ne repoussent pas. Parmi les espèces que l'on voit amener la récidive, toutes ne repullulent pas avec la même ténacité; voilà un point qu'il importe beaucoup de bien connaître. Ainsi, toutes peuvent, à la rigueur, récidiver sans doute; mais il en est quelques-unes pour lesquelles cette récidive est douteuse, il en est d'autres où elle est certaine. Ce sont celles de cette dernière classe que nous avons pris depuis longtemps déjà le parti de ne plus opérer.

Dans cette espèce, par exemple, où l'on voit la peau se racornir, se rétracter avec induration, rétraction du mamelon, où tous les téguments semblent être tirés en dedans; dans la variété

ligneuse, où les parties dures, en plaques, ressemblent à de l'écorce ; dans celle où la maladie débute, non par un point, mais par un grand nombre à la fois ; quand cela commence par un tubercule dans la peau, on est sûr alors qu'il y en a plusieurs dans le sein : c'est, pour ainsi dire, comme une sorte de semis ; dans tous ces cas, il n'est pas douteux que la récidive ne survienne.

Pour cette dernière variété, du reste, il n'est pas difficile de comprendre que la maladie reparaisse après l'opération. Il est évident que la vue, le toucher, ne doivent pas pouvoir faire découvrir tous les petits grains cancéreux disséminés dans la mamelle ; au-dessous du volume de ceux que les sens perçoivent, il en est d'autres que leur petitesse dérobe aux recherches : ce sont autant de germes qui ramèneront le mal après l'ablation. En vain l'on fera tous ses efforts pour n'en point laisser, toujours il y en aura quelques-uns qui échapperont et seront la cause de la récidive. Il est important d'être prévenu de ces faits, pour ne pas se laisser aller à une opération facile, mais dont le résultat inutile ne saurait être douteux.

Parmi les espèces différentes de tumeurs cancéreuses du sein, il en est, comme nous l'avons dit, quelques-unes qui, plus que d'autres, exposent à la récidive. En première ligne, parmi celles qui repoussent toujours, il faut donc placer d'abord la forme disséminée et ligneuse. Quant à la nature des tumeurs, toujours au point de vue de la récidive, on peut les ranger de la manière suivante :

Le cancer mélanique est rare au sein ; ou bien il existe en même temps dans quelque autre partie du corps : néanmoins, s'il ne se présente qu'une seule tumeur de cette nature à la mamelle, il faut en faire l'ablation ; car cette espèce ne repousse pas toujours.

Le cancer colloïde est à peu près dans le même cas : lorsqu'il n'existe qu'une seule tumeur, on peut opérer ; la récidive n'est pas constante.

Le squirrhe proprement dit permet aussi l'opération, et guérit quelquefois, excepté dans les cas où il est rameux, c'est-à-dire quand il envoie des racines dans différentes directions, d'où son nom de cancer, cancre ; car alors il est rare que la maladie ne repullule pas. On conçoit qu'en effet, dans cette dernière espèce, le mal n'ayant pas de limites tranchées, il est impossible de savoir au juste jusqu'où il est nécessaire d'enlever pour être sûr de n'en laisser aucune portion.

L'encéphaloïde est encore une mauvaise espèce, parce que le

plus ordinairement la tumeur du sein n'est pas la seule, et il en existe d'autres de même nature dans quelque point de l'économie, et même dans plusieurs parties à la fois. Si la masse encéphaloïde de la mamelle est seule, qu'il n'en existe d'apparente dans aucune autre région du corps, on peut tenter l'opération ; il y a quelques chances de succès : nous avons guéri une quinzaine de ces tumeurs sur le nombre de celles que nous avons enlevées ; enfin, nous voulons dire que dans les circonstances que nous supposons, l'opération peut être pratiquée, parce qu'elle a quelques probabilités de réussite. Mais, si l'on y réfléchit, on sentira promptement combien, malgré l'absence apparente de tumeurs encéphaloïdes ailleurs que dans la mamelle, combien, disons-nous, l'erreur est facile. Il ne sera évidemment jamais possible d'affirmer d'une manière positive qu'aucun organe ne renferme quelque petite tumeur de même nature, que son peu de volume empêche d'apercevoir, et qui ne se trahit par aucun signe extérieur ni par aucun symptôme. Ainsi, quelques-unes de ces tumeurs peuvent exister et existent assez fréquemment dans les viscères, et nous demandons comment, dans le principe, on pourra parvenir à les constater : il est clair que cela est impossible ; cependant, si l'on opère alors, la maladie revient.

Il y a même à ce sujet des faits extrêmement curieux. Par exemple, on opère un malade ; il meurt quinze jours après l'opération, et l'on trouve dans les poumons, dans le foie, une quantité de petites tumeurs encéphaloïdes. Nous nous rappelons un homme qui portait une tumeur encéphaloïde à la lèvre ; nous en pratiquâmes l'ablation : le sujet était robuste, vigoureux, se portant bien d'ailleurs, dans des conditions excellentes, en apparence au moins. Cet homme meurt quatre jours seulement après l'opération, et l'on rencontre, à l'autopsie, des milliers de petites tumeurs encéphaloïdes dans le foie. Voilà un fait extrêmement singulier. Admettra-t-on, en effet, que cette immense quantité de petites tumeurs cancéreuses ne s'est développée que depuis l'opération ? mais celle-ci datait seulement de quatre jours. Croira-t-on plutôt qu'elles existaient simultanément avec celle de la lèvre ? mais comment concilier la santé parfaite de cet homme avec la présence, dans le foie, d'une si grande quantité de petits cancers ? C'est une question évidemment insoluble dans l'état actuel de nos connaissances ; question par cela même qu'il est curieux de chercher à élucider.

On le voit, les tumeurs cancéreuses en général, et celles de la mamelle en particulier, demandent absolument à être classées, à être distinguées les unes des autres ; et tant que cette

classification n'aura pas été parfaitement établie et ne sera pas tout à fait la même pour tous les praticiens, il ne sera guère possible de s'entendre.

Quant à la malade qui fait le sujet de ces réflexions, nous ne lui pratiquerons pas l'opération, malgré la possibilité évidente de la faire, parce qu'il n'est pas douteux un instant, pour nous, qu'elle serait suivie de la récidive de la maladie.

---

14. *De la tuberculisation du testicule et de l'hydrocèle traitées par l'injection iodée. De la résolution tardive de la tumeur après l'emploi de l'iode dans l'hydrocèle simple.* — Hôpital de la Charité. — M. Velpeau.

(Gazette des Hôpitaux, N° 55; 1846.)

Un malade s'est présenté à la Charité avec une affection tuberculeuse du testicule à gauche et une hydrocèle ; il a été traité par l'injection iodée, comme si l'hydrocèle eût été simple : il a guéri. Semblable chose est survenue à droite ; nous avons le projet de nous en tenir au même traitement.

Nous possédons déjà une douzaine de faits semblables qui nous prouvent que quand l'hydrocèle existe avec un testicule tuberculeux, l'injection iodée suffit quelquefois. On ne nous fera pas dire, nous l'espérons, qu'on guérit toutes les tuberculisations du testicule par l'injection iodée ; nous avançons seulement que l'iode, dans ces cas, est d'une utilité incontestable ; et ceci est un résultat en opposition avec certaines idées. Ainsi, quand on regarde l'hydrocèle qui survient avec un testicule tuberculeux comme une des conséquences de la tuberculisation, il semble singulier qu'en s'attaquant à l'effet, on se trouve combattre assez efficacement la cause : c'est ce que les faits démontrent pourtant.

A propos des injections iodées employées pour la cure radicale de l'hydrocèle, nous avons besoin de publier quelques considérations qui nous ont frappé. Nous avons remarqué que certaines personnes ne retiraient pas de ce moyen tous les bons effets que nous en obtenons nous-même, uniquement par un défaut de patience : nous sommes d'autant plus disposé à signaler cette observation, que nous sommes nous-même tombé dans cette faute. Aujourd'hui, l'expérience nous a appris à nous défier de trop de précipitation.

Ainsi, il est généralement vrai que l'hydrocèle opérée par la ponction et par l'injection iodée disparaît complétement après le quinzième jour; mais il arrive quelquefois que la tumeur

diminue d'abord, puis qu'elle augmente, reste stationnaire pendant un certain temps, et finit enfin par disparaître tout à fait.

C'est à cause de ces alternatives longues quelquefois que certains chirurgiens ont cru à des récidives, à une époque où la tumeur ne pouvait pas encore être dissipée. Ainsi, quand on voit M. Fricke, par exemple, refaire l'opération au bout de quatorze jours, on comprend, quand on sait de quelle manière se comporte l'hydrocèle après l'injection iodée, qu'il était impossible que la résolution se fût opérée à une époque aussi peu avancée après l'opération. Du reste, nous le disions il n'y a qu'un instant, nous y avons été pris nous-même; nous avons réopéré un malade au bout de vingt-sept jours, et aujourd'hui nous avons la conviction que cette seconde opération été inutile et que le malade eût fini par guérir. Voici comment nous avons acquis cette conviction. Un autre malade, à peu près dans les mêmes conditions que le précédent, devait être soumis de nouveau à l'opération; il fut forcé d'entreprendre un petit voyage, ce qui la fit reculer : il revint guéri. Ce résultat devait rendre plus patient pour l'avenir.

Nous avons observé cette année un fait très-concluant, et qui est venu fortifier encore les idées que nous émettons ici. Un monsieur demeurant du côté de la barrière Fontainebleau portait une hydrocèle extrêmement volumineuse, de la grosseur de la tête à peu près. La tumeur avait été froissée; il en était résulté un épanchement de sang, une infiltration dans le scrotum. La ponction fut néanmoins pratiquée; il sortit une grande quantité de sérosité sanguinolente. Il y avait près de la verge un caillot sanguin qui persista, bien entendu. L'injection fut faite, le malade ne se plaignit pas. La tumeur ne tarda pas à reprendre son volume primitif, mais sans signes d'inflammation bien marquée. Le médecin ordinaire et le malade commencèrent à désespérer de la guérison : il est vrai que trois semaines s'étaient écoulées sans apporter de diminution dans le volume de la tumeur. Au bout de quelque temps, on parla de l'opérer; mais, averti par l'expérience, nous conseillâmes d'attendre, parce que nous avions remarqué que la tumeur semblait un peu diminuer. Nous perdîmes ce malade de vue quelque temps; enfin nous le revîmes au bout de plusieurs mois : il était guéri complétement.

Ce sont vraiment des remarques importantes que celles-là; car on serait conduit infailliblement à croire à des récidives qui n'existeraient en définitive que parce qu'on ne saurait pas attendre. Il faut se hâter d'ajouter d'ailleurs que ces faits-là ne sont que

l'exception, et que généralement en quinze ou vingt jours la résolution est faite.

---

15. *De l'ascite blennorrhagique et des caractères qui la peuvent faire aisément reconnaître.*—Hôpital de la Charité.—M. VELPEAU.

(Gazette des Hôpitaux, N° 55, 1846.)

Au n° 27 est un gros garçon, lymphatique, qui est entré à l'hôpital pour un mal de genou. Cette maladie a de l'intérêt, parce qu'on peut à sa physionomie seule reconnaître son origine et formuler un diagnostic exact sans interroger le malade.

La maladie a commencé depuis trois à quatre jours : il y a évidemment une collection. Le genou présente plusieurs bosselures très-saillantes, principalement au-dessus et sur les côtés ; il n'y a pas de réaction fébrile : il faut tenir grand compte de ce fait. De plus, ce malade est affecté de blennorrhagie.

Tous ces caractères ne peuvent laisser aucun doute sur l'existence d'une hydarthrose blennorrhagique, telle d'ailleurs que nous l'avons décrite dans le *Dictionnaire de Médecine.*

Le plus ordinairement la maladie s'empare du genou ; cependant on l'observe quelquefois ailleurs. Il faut remarquer qu'il y a dans l'arthrite blennorrhagique de la douleur, du gonflement, mais pas de rougeur aux téguments ; en général aussi la douleur est modérée. Ces signes suffisent pour la différencier des affections avec lesquelles on pourrait la confondre. Ainsi l'épanchement, à la suite de violences extérieures, est éclairé par la violence même ; dans le rhumatisme articulaire, l'épanchement n'arrive pas si vite à un volume considérable ; il y a des symptômes généraux ; la maladie parcourt les articulatinns. Ici, au contraire, il existe à peine de l'inflammation ; le gonflement est considérable ; il y a de la tension, des bosselures ; le malade est affecté d'un écoulement blennorrhagiqne depuis un mois à peu près : ces symptômes indiquent la nature de l'hydarthrose.

Ce diagnostic a, comme on le pense, une influence considérable sur le pronostic et aussi sur le traitement. C'est évidemment chez ces malades une disposition générale qui amène ces sortes d'affections : cependant le pronostic est moins grave que celui du rhumathisme articulaire ; mais il l'est un peu plus que celui des arthropathies par violences extérieures.

La thérapeutique, elle aussi, est influencée par le diagnostic. Contre cette maladie, les sangsues, les ventouses scarifiées, les frictions résolutives, peuvent être employées sans aucun doute ;

mais on se trouve bien surtout de l'usage des balsamiques, qui activent la résolution de l'épanchement.

En associant à cette médication l'emploi de quelques bains, on guérit ordinairement le malade en quinze ou vingt jours.

---

16. *Du traitement des hydarthroses par le tartre stibié* ; par le docteur Biechy, de Sélestat.

(Gazette médicale de Strasbourg, N° 4, avril 1846.)

L'action *antiphlogistique* des préparations antimoniales a été reconnue depuis longtemps par la majorité des praticiens. On peut revendiquer pour elle de beaux et nombreux succès obtenus dans le traitement des phlogoses pulmonaires : on sait tout le parti qu'on en a retiré dans le rhumatisme articulaire, la phlébite, la méningite, l'angine, etc., etc. On a dit : *naturam morborum ostendunt curationes* ; ne pourrait-on pas dire aussi bien que si l'issue des traitements démontre la nature des maladies, elle nous instruit aussi sur la valeur réelle des remèdes ? N'est-il pas vrai que si le tartre stibié guérit tant d'affections à fond *phlogistique*, c'est qu'il est évidemment un remède antiphlogistique ? Nous éprouvons, certes, quelque scrupule d'énoncer une vérité aussi simple, aussi naïve ; mais nous savons qu'il est des régions de la science où cette vérité est méconnue et où l'on se refuse à l'évidence. Nous n'osons espérer que notre voix arrive jusque-là ; mais qu'importe : nous savons que bientôt il en sera de cette vérité-là comme de beaucoup d'autres autrefois méconnues ; elle finira par devenir si saisissante, si banale, qu'on n'osera plus la proclamer.

Nous avons pour but, dans cette notice sur le traitement des hydarthroses par le tartre stibié, de démoutrer l'action essentiellement *hyposthénisante* du sel antimonial de potasse. Avant d'entrer dans ces considérations thérapeutiques, nous citerons quelques observations ; car les faits bien étudiés sont, aux yeux des praticiens, les meilleurs points de ralliement des bonnes théories. . . . Les faits sont d'autant plus nécessaires dans le sujet qui nous occupe, que, d'une part, nous entendons proclamer que le tartre stibié est un *irritant*, un agent *incendiaire*, quand, d'un autre côté, des opinions non moins dignes de confiance proclament ce même agent un *antiphlogistique*, un *contro-stimulant*, un *hyposthénisant* par excellence. Il y a là une dissidence que la discussion des faits peut seule concilier.

Nous allons donc commencer en posant des faits qui serviront de bases à nos inductions.

Obs. I. — *Hydarthrose chronique.* — Le sieur Swender, tailleur de pierres, portait depuis deux mois un gonflement considérable au genou gauche. Examen fait de la tumeur, nous constatâmes une douleur obscure, profonde, de la fluctuation, etc., et tous les signes d'une hydarthrose. Après bien des tentatives de médication, nous soumîmes notre malade au traitement par le tartre stibié, indiqué par M. le docteur Gimelle, chirurgien de l'hôpital des Invalides. Voici la forme et le mode d'administration :

Pr. :	Tartre stibié.	0,20;
	Sirop diacode.	20,00;
	Eau distillée de tilleul. .	100,00.

M. pour une potion à prendre en un jour et par cuillerée d'heure en heure. Selon la tolérance, on augmente journellement de 0,10.

Le sieur Swender prit pendant onze jours la potion stibiée qu'il supporta parfaitement, sans vomissements ni diarrhée. Nous portâmes le remède jusqu'à la dose de 0,75. Le sieur Swender, qui s'était plaint de quelques vomituritions, de coliques, les premiers jours, finit par tolérer la potion émétisée d'autant mieux que nous en élevions davantage la dose. Sa guérison fut obtenue en onze jours, et depuis lors elle s'est maintenue. La claudication, qui avait été assez grande, a complétement disparu.

Obs. II. — M. X., conducteur des ponts et chaussées, était affecté depuis deux ans d'une hydarthrose au genou gauche. Gonflement douloureux des parties molles péri-articulaires; hypertrophie des condyles fémoraux; douleur et fluctuation considérable. La tumeur proéminait sur les parties latérales de la rotule et remontait sous les muscles et les aponévroses de la région antérieure et supérieure du genou; en regard du droit antérieur, les téguments présentaient au niveau du tendon une véritable gouttière; le creux poplité était effacé. Les médications les plus diverses avaient été employées, et, pour notre part, nous passâmes trois mois à attaquer le mal en recourant au cortége habituel des moyens usités contre les hydarthroses chroniques, le tout sans résultat notable. Nous recourûmes alors à l'administration de la potion stibiée : en vingt-quatre jours, le malade en prit plus de 16,0, et la guérison couronna le traitement. Depuis lors, quinze mois se sont écoulés sans que le résultat se soit démenti. Disons cependant que M. X. conserve une légère claudication, accompagnée quelquefois de douleurs intra-articulaires. Ces douleurs sont évidemment de nature

rhumatismale, car elles sont mobiles, passagères, apparaissant simultanément dans d'autres articulations, et sont subordonnées aux variations atmosphériques. M. X., fatigué des rigueurs du traitement, et, du reste, satisfait d'être débarrassé de son hydarthrose, a renoncé de trop bonne heure à la potion stibiée, qui, nous n'en doutons pas, aurait fini par faire justice de la complication rhumatismale, qui n'était au fond qu'un élément morbide *hypersthénique* de plus à combattre. Quant à la légère claudication, elle est entretenue évidemment par des conditions matérielles anormales (hypertrophie des condyles fémoraux), survenues dans l'articulation par suite de la phlogose chronique dont elle a été longtemps le siége.

Obs. III. — *Hydarthrose récente ou aiguë.* — Au mois de novembre 1844, nous nous trouvâmes en consultation avec notre confrère, M. le docteur Ringeisen. Il s'agissait de décider du traitement à opposer à une hydarthrose dont était affecté M. Z., tapissier à Sélestat. Notre collègue avait combattu la lésion par les moyens les plus rationnels, et la maladie s'était montrée réfractaire. Il fut convenu qu'on soumettrait le malade à la potion stibiée *ut suprà*. L'articulation était rouge, douloureuse, le gonflement considérable, la fluctuation manifeste. Sous l'influence de la médication nouvelle, tous les symptômes morbibes disparurent ; la guérison fut obtenue en six jours, et, depuis lors, plus de rechute. Chez ce malade, la tolérance s'établit facilement; il n'y eut ni vomissements, ni diarrhée. Il prit en tout 2,70 de tartre stibié.

— Nous bornerons là nos observations. Disons cependant que nous comptons pour notre part onze cas de succès en faveur du sel antimonié de potasse. Employé contre les hydarthroses, jamais il n'a failli, et nous n'avons point eu de récidive à déplorer.

Quand on obtient un succès aussi rapide, aussi constant que celui fourni par le tartre stibié dans le traitement des hydarthroses, on ne peut se contenter de la béate satisfaction de l'empirique, à qui il suffit de savoir qu'un moyen guérit et pour qui dès lors tout est dit. La pensée est en quête d'interprétation de la cure, elle cherche naturellement à se rendre compte de l'action du remède.

Ce qui, dans l'administration de l'émétique à haute dose, absorba tout d'abord notre attention, ce fut cette espèce d'orage qu'elle suscite dans l'organisme. Nous crûmes trouver dans ce bouleversement fonctionnel une explication satisfaisante des résultats obtenus. Nous vîmes dans la perturbation produite par les vomissements une cause de changement dans l'état anormal de

la partie affectée, une espèce de révolution qui, en remuant profondément tous les ressorts de l'organisme, rendait soudainement son jeu à un organe dont la fonction était enrayée. Mais cette interprétation si métaphorique nous parut vague, obscure, et ne nous satisfit point; nous cherchâmes donc plus loin.

Nous pensâmes alors voir dans le vomissement, dans les évacuations gastro-intestinales, dans les sueurs générales, une action dérivative qui devait suffisamment nous expliquer le mode de guérison. Le tartre stibié guérirait par *dérivation*. A défaut de cette explication, nous en avions encore une autre de M. le professeur Trousseau, qui pense que l'émétique guérit en *révulsionnant;* il détermine, selon ce savant, une irritation *thérapeutique* dans l'estomac, qui déplace l'irritation pathologique au profit de la première. Cette explication, quelque peu *homœopathique*, ne nous satisfit nullement : elle nous parut trop ingénieuse.

Une autre interprétation s'offrit à nous. Nous voyions dans les sécrétions exaltées, dans ces expulsions par haut et par bas de torrents de mucosités et de bile, dans les abondants produits de la diurèse et de la diaphorèse, une large *spoliation* qui pouvait nous servir à rendre compte des phénomènes de la cure.

Mais toutes ces interprétations trouvaient leur démenti dans l'observation même du mode d'action du tartre stibié. En effet, le vomissement et les évacuations souvent n'avaient pas lieu, et la cure n'en était pas moins obtenue. Bien plus, nous ne tardâmes pas à remarquer que la guérison était d'autant plus rapide que les phénomènes signalés apparaissaient moins. C'est ainsi que dans l'observation II nous n'avons eu ni vomissement ni diarrhée ; du moins ces phénomènes n'ont existé que les premiers jours de l'administration du sel antimonial, coïncidant avec les plus faibles doses du remède, et sans que nous vîmes sous leur influence un amendement dans l'état local : la maladie se modifia rapidement et avantageusement dès que la tolérance s'établit et que les doses du remède furent triplées et quadruplées. Alors, en l'absence des phénomènes signalés plus haut, les symptômes furent la faiblesse, la pâleur, l'abaissement du pouls et un état semi-lipothymique : nous reconnûmes, comme l'avait proclamé l'école rasorienne, que le vomissement et la diarrhée n'étaient que des phénomènes *secondaires* du tartre stibié ; que l'action réelle intrinsèque, dynamique du sel antimonial de potasse était la dépression des forces vitales, leur *hyposthénisation*. Tous ces phénomènes, en effet, sont ceux que l'on remarque à la suite des fortes déperditions sanguines, ils sont l'expression de l'abaissement, de la dépression de la puissance vitale : ils sont constants,

tandis que tous les autres peuvent manquer. Cette puissance d'*hyposthénisation* du tartre stibié est tellement énergique, que chez l'un de nos malades l'état d'anéantissement des forces devint un moment si profond, que, selon sa propre expression, « *il lui semblait ne plus vivre.* » Ce malade, à chaque instant, avait des défaillances caractérisées par une réfrigération de tout le corps, des tremblements, du vertige, des éblouissements: un jour, l'état syncopal fut porté si loin qu'on vint nous annoncer qu'il était mort. . . . Nous accourûmes auprès du moribond, et nous trouvâmes un pouls bas, déprimé, comme enseveli; une potion éthérée ranima peu à peu notre agonisant, qui se réveilla guéri; car la potion stibiée fut dès lors supprimée, et la maladie du genou, en bonne voie de guérison, se termina si heureusement que depuis lors notre client ne s'en ressentit plus. Ce qu'il se rappelle cependant fort bien, et ce dont il nous dit ne jamais perdre souvenance, c'est la terrible mais salutaire puissance du tartre stibié, Disons que ce malade a dû une partie des accidents que son traitement nous a offerts à sa propre indocilité. Extrêmement désireux d'être guéri, trop pressé de suivre les prescriptions, il en dépassait toujours les limites, et absorbait à notre insu journellement double dose du remède. On ne saurait donc trop recommander la plus rigoureuse surveillance dans l'administration d'un agent qui, s'il est un puissant remède, est tout prêt, manié avec impéritie ou trop d'audace, à devenir un redoutable poison.

Mais ce que nous tenons surtout à établir, c'est que ce n'est point en *révulsionnant*, en *perturbant*, en *dérivant*, que la guérison s'opère, mais bien en déprimant les forces vitales. Dans ce genre de médication, il faut, avant tout, tendre à obtenir un grand silence dans les fonctions qui, d'habitude, réagissent devant l'administration du tartre stibié; car c'est la tolérance qui fournit les résultats les plus sûrs et les plus rapides. C'est en administrant le tartre émétique de prime abord à haute dose, et en l'associant à quelque agent qui neutralise son action *élective* (les vomissements et la diarrhée, résultats de l'hyposthénie gastro-intestinale), qu'on arrive le plus sûrement à obtenir des effets *généraux*. N'est-il pas curieux de voir que la plupart des faits invoqués à l'avantage des méthodes dites *révulsive* et *dérivative* puissent être si logiquement retournés à l'encontre de ces mêmes méthodes et mis à profit par la médication dynamique qu'ils viennent confirmer à leur tour. Nous n'avons, du reste, aucunement besoin de montrer le néant de ces prétendues interprétations qu'on voulait donner de l'action de certains

remèdes. Ce sont d'ingénieuses chimères qui ne supportent plus un débat sérieux, mais sur lesquelles il faut cependant revenir, car quand une erreur est ingénieuse, elle peut tromper des observateurs trop confiants.

Ainsi que Rasori l'a démontré, il ne faut point voir dans le vomissement, dans les évacuations ventrales, dans les sueurs excessives des signes de *saturation stibiée;* ce serait mal interpréter la belle loi de la tolérance médicamenteuse et mal comprendre la capacité morbide de l'organisme. Ces phénomènes sont, comme nous l'avons dit, des effets de l'action *élective* du remède pour un ordre donné d'appareils : une fois la tolérance établie, il faut avec soin interroger l'état du pouls, car on s'exposerait à de cruels mécomptes, si, prenant le silence de certaines fonctions pour de la tolérance, on pensait pouvoir, sans consulter l'appareil circulatoire, aller au delà. Il pourrait arriver que les forces vitales d'abord comprimées, puis lentement, insidieusement jetées dans un état d'hyposthénie extrême, fussent tellement anéanties que l'homme de l'art ne pourrait plus les relever de leur chute. On ne saurait donc assez, dans ces médications énergiques et héroïques, surveiller, interroger le degré de ressort de l'appareil circulatoire, ce dynamomètre de l'organisme animal, et graduer, proportionner les doses en raison de la résistance ou de l'affaissement qu'il présente.

Si nous n'avons pas toujours observé la même tolérance chez nos malades que celle observée par M. Gimelle sur les siens, il faut l'attribuer à cette circonstance que M. Gimelle ne soumet ses malades à aucun régime diététique : il en résulte qu'une partie de l'action hyposthénisante du remède est neutralisée ou contrebalancée par le régime plus ou moins réconfortant et souvent même stimulant auquel les malades s'adonnent quand on les laisse libres dispensateurs de leur alimentation.

Quoi qu'il en soit, il est important, pour obtenir des résultats prompts et sûrs, une fois la tolérance établie, d'élever, autant que le permet la capacité morbide et organique, les doses du remède. Nous rappellerons à ce sujet cette remarquable parole de Peyrilhe : « *Si, quand nous donnons l'opium comme quatre, le malade ne s'endort pas, c'est qu'il est éveillé au moins comme cinq.* » Il y a dans ces paroles si simples et même si naïves une grande vérité : c'est que très-souvent en donnant le bon remède on ne guérit pas, parce que l'on n'a pas su le proportionner aux exigences du mal. Nous fûmes récemment appelé auprès d'un paysan affecté d'une hydarthrose aiguë ; il prenait depuis vingt jours le tartre stibié à la dose de 0,25 toutes les vingt-quatre heures, et la maladie

ne paraissait nullement se modifier. La tolérance était établie. Nous portâmes la dose à 0,50, et nous augmentâmes graduellement et journellement de 0,20. Le sixième jour, il fut guéri. Ici évidemment le mal était au remède comme 7 : 5. La formule du remède était hors de proportion avec l'intensité du mal. L'événement, en changeant et le mode de prescription et l'état du malade, a prouvé la vérité de la proposition de Peyrilhe.

Il résulte de nos observations et de celles encore plus démonstratives de M. Gimelle, que le tartre stibié est un précieux agent dans le traitement des hydarthroses ; elles prouvent de plus que c'est à l'action hyposthénisante du sel antimonial que les guérisons sont dues. Les succès nombreux et constants retirés de son emploi, la rapidité et la solidité des résultats, semblent établir la suprématie du tartre stibié sur tous les autres moyens préconisés dans le traitement des hydarthroses. Mais nous avions surtout pour but, dans ce travail, de démontrer que plus on avance dans l'étude du mode d'action des agents thérapeutiques, plus on se convainc de la vérité des principes que l'école rasorienne a posés dans la science. De toutes parts on voit les faits venir se grouper autour de la nouvelle doctrine, si féconde en belles et nouvelles applications : bientôt elle conciliera de grandes dissidences et régnera seule, nous osons l'espérer, dans le domaine de la science.

MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 17. *Des divers procédés opératoires pour le traitement du spina-bifida.*

(Bulletin général de Thérapeutique, avril 1846.)

Le spina bifida, considéré plus spécialement au point de vue de la thérapeutique, constitue une des plus graves affections des nouveau-nés ; aussi a-t-il en tout temps fixé l'attention des chirurgiens, et suscité de leur part de nombreuses tentatives dans le but d'en obtenir la guérison. Quant à la valeur réelle de ces tentatives, on ne peut bien s'en rendre compte que par l'efficacité des procédés opératoires qu'elles ont produits et l'examen des résultats dus à chacun d'eux.

— La compression de la tumeur, que Heister rapporte avoir vue réussir entre les mains de Stœber, et que plus tard conseillèrent Abernethy et Astley Cooper, est un moyen simple et qui n'offre aucun danger quand on a soin de l'exercer par degrés et méthodiquement, de manière à ne pas produire le refoulement brusque du liquide céphalo-rachidien, et par suite la compression du cerveau. — Astley Cooper l'a employée avec succès, et il

n'est pas sans intérêt de rappeler le bandage dont il se servit dans cette circonstance : il fit usage d'un moule en plâtre, dont la concavité s'adaptait à la surface convexe de la tumeur : il remplit successivement ce moule de charpie, et il finit, au bout de cinq mois, par lui substituer un bandage à pelote, comme celui dont on se sert pour la hernie ombilicale. Un peu plus tard, Astley Cooper associa l'acupuncture à la compression, et il obtint, à l'aide de cette méthode mixte, deux guérisons sur trois malades : c'est là un très-beau résultat et tout à fait propre à encourager les praticiens à s'attacher au procédé du chirurgien anglais, d'autant mieux que les docteurs Robert et Rosetti lui furent l'un et l'autre redevables d'un succès dans deux cas où l'état de l'enfant offrait des chances défavorables, car il y avait paraplégie. — Dans le cas rapporté par M. Robert, les premières ponctions furent suivies d'une inflammation très-vive des parois de la tumeur, accompagnée de violentes convulsions : les saignées locales triomphèrent de ces accidents; la peau de la tumeur s'épaissit : on comprima progressivement, et la tumeur disparut par degrés, laissant dans le point où elle avait existé une dépression. Sur le malade de M. Rosetti, il ne se développa aucun accident inflammatoire, et un an après le traitement, le rachis offrait dans la région lombaire où siégeait la tumeur un plan de consistance demi-cartilagineuse. — Dans les deux cas, la paraplégie disparut en même temps que la guérison s'effectuait; d'où il résulte que, contrairement à l'opinion d'Astley Cooper, la paraplégie n'implique pas nécessairement l'existence d'une altération profonde de la moelle, et qu'elle ne saurait constituer pour le praticien une contre-indication de nature à l'empêcher d'agir. — Nous signalerons encore comme appartenant à la méthode mixte d'Astley Cooper le procédé de M. Skinner, qui, après la ponction, laisse à demeure une petite canule pour évacuer de temps en temps le liquide sans faire de nouvelles ponctions. L'enfant ainsi opéré mourut après six mois de traitement. — Il est probable que la canule, ainsi laissée dans la tumeur, y détermina une phlegmasie chronique des méninges rachidiennes, comme il arrive au *séton* conseillé par Desault, et généralement abandonné à cause des accidents inflammatoires et promptement mortels qu'il a souvent produits. — La ligature de la tumeur proposée par Forestus, et plus tard préconisée par B. Rell, a donné des résultats qui ont dû y faire renoncer. — Enfin, Hamilton aurait fait pratiquer l'excision de la tumeur par un de ses élèves, et l'opération aurait réussi. — Pendant longtemps le traitement chirurgical du spina-bifida resta stationnaire, et ce

n'est que dans ces derniers temps que l'on s'en est occupé de nouveau et que l'on a proposé plusieurs opérations dont il est facile, ainsi que le fait remarquer M. le docteur Laborie, de retrouver les éléments dans les divers procédés plus anciennement connus. M. Dubourg, le premier, enleva la tumeur par excision, et pratiqua immédiatement après la suture entortillée ; il aurait eu par cette méthode deux succès. Moins heureux que son élève, M. le professeur Roux vient d'échouer tout récemment sur un enfant de trois mois, qu'il a opéré à l'Hôtel-Dieu : la tumeur avait le volume d'un œuf, ayant son grand diamètre transversal ; elle était tendue, fluctuante et transparente. La tumeur fut rapidement ouverte ; 200 grammes environ de liquide céphalo-rachidien s'en écoulèrent. M. Roux appliqua au même instant son doigt sur l'ouverture vertébrale pour arrêter l'écoulement du liquide et s'opposer à la pénétration de l'air dans le canal : un aide ayant mis son doigt à la place du sien, M. Roux excisa une grande portion de la tumeur et rapprocha ensuite les bords de la plaie au moyen de six points de suture entortillée. — L'enfant a succombé le surlendemain. — M. le docteur Tavignot enlève également la tumeur ; mais pour éviter plus sûrement l'introduction de l'air, il en saisit d'abord la base avec des pinces analogues à l'entérothome de Dupuytren, et il excise ensuite tout ce qui est en dehors des pinces. Ce procédé, à l'avantage qu'il a de mieux prévenir l'introduction de l'air, joint celui d'adosser deux surfaces opposées des parois de la tumeur et de favoriser ainsi l'adhérence avec elle-même de la membrane séreuse qui les recouvre. Ce principe de l'adossement des séreuses a été surtout admis dans le traitement du spina-bifida par M. Bernard : son procédé opératoire, que nous trouvons reproduit dans l'excellent mémoire de M. le docteur Laborie (*De l'hydrorachis lombo-sacré*, tom. XIV, *Ann. de la Chirurg. franç. et étrang.*), consiste à rapprocher le feuillet pariétal séreux à la base de la tumeur en pinçant fortement les parois tégumentaires dans le sens vertical ; il maintient ensuite en rapport les faces séreuses à l'aide de deux tuyaux de plume appliqués de chaque côté suivant la longueur de la tumeur ; les tuyaux de plume sont maintenus en place à l'aide d'un cordonnet, dont un des chefs, introduit de haut en bas dans l'un des tuyaux, est ramené de bas en haut par l'autre tuyau de plume. On attache ensuite les deux chefs du cordonnet. Aux deux tuyaux de plume de M. Bernard, M. P. Dubois a substitué deux petites lamelles de fer percées de plusieurs jours suivant leur largeur, et terminées par un petit renflement que supporte un col rétréci : il applique chacune des lamelles

sur chaque côté de la base de la tumeur ; puis il les rapproche l'une de l'autre et les fixe au moyen de fils enroulés sur le col qui existe près de leurs extrémités : de cette façon le feuillet pariétal se trouve adossé à lui-même. Pour faciliter le travail adhésif, M. Dubois passe à travers les jours ménagés sur les lamelles deux épingles qui traversent la tumeur à sa base : le soir même du jour de l'opération, on fut obligé d'enlever l'appareil ; le petit malade était très-mal, il avait les extrémités inférieures fortement retenues dans la flexion sur le ventre. Le lendemain il succomba. M. Laborie nous apprend qu'il existait un épanchement purulent dans la cavité arachnoïdienne ; que la moelle épinière, sortie de son canal, adhérait à la paroi de la tumeur sans qu'on pût la suivre au delà de ce point d'adhérence : elle semblait se perdre dans les téguments eux-mêmes. — Le même auteur cite dans son Mémoire une seconde observation, dans laquelle il constata chez un enfant, mort peu de temps après sa naissance, une pareille adhérence de la moelle à la paroi de la tumeur.

Dans cette circonstance comme dans celle qui précède, on voit que tous les procédés opératoires mis en pratique ou conseillés depuis par M. Dubourg, auraient le grave inconvénient de comprendre le cordon médullaire en même temps que les parois de la tumeur, et de déterminer des accidents promptement et nécessairement mortels. La compression, d'après les indications posées plus haut, n'aurait pas exposé à ce même danger, et il nous semble que, dans l'impossibilité de connaître au juste la situation relative de la moelle, il serait rationnel d'essayer d'un moyen simple, qui, s'il échoue, n'empêche pas de recourir ultérieurement à un des procédés chirurgicaux dont les résultats sont, comme on a pu le voir par ce qui précède, fort peu satisfaisants jusqu'alors. — Pour n'omettre aucun des procédés opératoires dans cette revue thérapeutique, nous signalerons deux tentatives nouvelles, faites récemment, l'une au Havre, par le docteur Maire, et l'autre par le docteur Beaunier. à Pezou (Loir-et-Cher). — Le petit malade du docteur Maire était affecté d'un spina-bifida lombaire. Après avoir vidé la tumeur par une ponction faite à la partie la plus déclive, l'opérateur saisit la peau d'un des côtés, il y fit un pli vertical qu'il traversa à la partie inférieure, à l'aide d'une forte aiguille droite, munie d'un fil ciré double ; il fit ainsi quatre points de suture les uns au-dessus des autres, puis il abandonna ce côté de la tumeur. Il saisit alors le côté opposé, y fit un pli tout semblable qu'il traversa avec les mêmes aiguilles qui avaient servi pour le premier. Il rapprocha ensuite les deux plis adossés, en complétant la suture emplumée. Il avait en soin de

dépouiller préalablement de son épiderme toute la portion de téguments comprise entre les aiguilles. Le but de cette opération était de provoquer l'adhésion de la peau mise en contact avec elle-même, et de former une sorte de bouchon interne qui devait s'adapter à l'écartement intervertébral. Le petit malade succomba au quatorzième jour après l'opération, qui échoua complétement; il présenta tous les symptômes d'une méningite rachidienne. — Quant au second procédé, celui du docteur Beaunier, il n'est autre que la ligature de la tumeur modifiée. Ce médecin plaça d'abord autour de la base de celle-ci un cercle de caustique de Vienne, afin d'obtenir une eschare, sur laquelle il fit porter un fil de lin médiocrement serré. Plusieurs ponctions furent faites dans la tumeur, afin d'en extraire le liquide qu'elle contenait; à mesure qu'elle perdait de son volume, la ligature fut serrée davantage. En plaçant le caustique de Vienne, ainsi que nous l'avons dit, l'auteur a voulu éviter les accidents nerveux que la ligature appliquée sur ces tissus vivants produit souvent en raison de la douleur qu'elle détermine. Ce même moyen a de plus procuré d'utiles adhérences qui, à la chute de la ligature, se sont opposées à la sortie du liquide céphalo-rachidien et à l'introduction de l'air. L'auteur pratiqua l'excision de la tumeur lorsque ces adhérences lui parurent suffisamment établies et que la suppuration commença d'exhaler une odeur assez fétide. — Quatre mois s'étaient passés depuis la chute des eschares et la cicatrisation, quand le docteur Beaunier s'assura qu'il ne restait aucune trace de la maladie, et que, dans le point de la colonne vertébrale où on avait constaté une cavité, il existait une saillie osseuse. — N'omettons pas de dire que la tumeur avait le volume d'un œuf d'oie et qu'elle était située à la nuque, en regard de la troisième vertèbre cervicale.—Comme ceux qui précèdent, ces deux derniers procédés ont l'inconvénient de mettre en péril le cordon médullaire, si ses rapports avec les parois de la tumeur étaient tels que nous les avons indiqués dans deux observations; aussi pensons nous qu'il est rationnel, dans tous les cas, de recourir à la compression, de préférence à tout autre.

---

18. *De l'opération de la taille.* — Hôtel-Dieu. — M. Roux.

(Gazette des Hôpitaux, N° 45; 1846.)

Nous avons en ce moment dans nos salles un enfant que nous devons opérer de la taille d'ici à quelques jours. Les cas dans lesquels on fait cette opération sont assez rares maintenant: c'est à peine si nous en rencontrons trois ou quatre chaque année.

Aussi profiterons-nous de cette circonstance pour vous présenter quelques réflexions pratiques sur ce sujet, et pour vous dire quelques mots des conditions dans lesquelles doivent se trouver les sujets chez qui on veut la pratiquer. Dans le cas actuel, elle nous semble impérieusement commandée, et nous n'éprouvons pas la moindre hésitation.

L'enfant dont il s'agit a déjà été taillé l'année dernière à peu près à la même époque, et, ces jours-ci, nous attendons un malade qui a également subi l'année dernière l'opération de la taille, et qui réclame une nouvelle opération. Nous appelons votre attention sur ce fait remarquable, que deux malades opérés l'an dernier, au même moment, par nous, de la lithotomie, vont se retrouver dans notre service ensemble, dans les mêmes conditions, pour une récidive qui nécessitera la même opération une seconde fois. Du reste, il faudrait se garder de conclure de là qu'un événement aussi curieux pût fournir contre la taille aucun argument sérieux, pas plus qu'il n'en fournirait contre la lithotritie si les pierres avaient été broyées. Dans l'un et l'autre cas, l'opération de la taille était bien indiquée. L'enfant avait alors cinq ans; chez lui, la nécessité de la lithotomie était des plus évidentes. En effet, bien que l'on ait quelquefois pratiqué heureusement la lithotritie chez des enfants d'un âge aussi peu avancé que celui-là, cependant tous les bons praticiens, les bons observateurs qui se tiennent également en garde et contre l'engouement dont la lithotritie a été l'objet et contre les préventions qui tendraient à la faire rejeter, qui, bien que n'ayant pas inventé la lithotritie, consentent cependant à l'admettre et à la pratiquer souvent, et à n'employer la taille que dans les cas de force majeure; tous les praticiens prudents, disons-nous, pensent que la taille est le plus ordinairement préférable chez les enfants.

Voici les raisons sur lesquelles ils se fondent : D'abord il faudrait employer des instruments lithotriteurs d'un très-petit calibre, et ces instruments pourraient bien se briser, se rompre dans la vessie, leur ténuité leur faisant perdre une partie de la force qui leur est nécessaire pour briser la pierre et les fragments. Puis, comment se résoudre à martyriser de pauvres enfants à plusieurs reprises, en leur introduisant cinq ou six fois les instruments lithotriteurs dans la vessie pour les débarrasser du calcul? car, avec toute l'habileté possible, on sait que dans presque aucun cas il ne suffit d'introduire une fois l'instrument pour achever l'opération. Jamais on ne peut en une seule séance réduire le calcul en fragments assez petits pour que leur expulsion

soit complétement possible. Du moment où il faut soumettre l'enfant à des manœuvres répétées d'opération, la lithotritie, qui serait préférable en ce sens qu'elle n'est pas une opération sanglante, perd beaucoup de sa valeur. Ainsi donc, en général et abstraction faite des cas particuliers, je regarde la taille comme devant être employée de préférence chez les enfants.

L'autre sujet était un vieillard de soixante-douze ans: après un examen scrupuleux, nous avions reconnu ou un calcul volumineux ou plusieurs calculs, et cela par la manière dont la pierre se présentait à l'instrument. Cet homme était extrêmement sensible, et supportait difficilement la présence, le contact, le jeu de l'instrument lithotriteur. Les urines contenaient des mucosités, signe évident de catarrhe vésical. Bien que la lithotritie ne fût pas absolument contre-indiquée, qu'elle ne fût pas tout à fait impossible et impraticable, cependant nous pensâmes qu'il y avait plutôt lieu de faire la taille. Nous le répétons, nous sommes partisan de la lithotritie autant qu'on peut l'être raisonnablement : nous nous sommes débarrassé depuis longtemps de ces préventions injustes que quelques chirurgiens ont encore contre elle. Cependant, nous désirons rendre, lorsque cela se peut, et de temps en temps, les générations d'élèves qui se succèdent dans nos hôpitaux témoins de quelques cas d'opération de taille. Cette opération, que l'on ne pourra jamais parvenir à bannir de la chirurgie, qui conserve son utilité pour certains cas où l'on ne peut la remplacer, nous voyons avec peine que maintenant elle est peu étudiée, d'une manière insuffisante, que vous avez trop peu d'occasions de la voir pratiquer, de vous familiariser avec elle, avec son exécution.

Par tous ces motifs, c'est pour nous un plaisir, un bonheur que de pouvoir avec conscience pratiquer cette opération sous vos yeux. Ainsi, lorsque l'on peut indifféremment appliquer l'une ou l'autre des deux méthodes opératoires, la lithotritie ou la taille, que l'une n'est pas plus indiquée que l'autre, nous préférons presque toujours faire la lithotomie : il est bien entendu qu'il faut concilier ce qui touche à l'intérêt du malade avec ce qui touche à l'instruction des élèves. Pour le sujet dont je vous entretiens, je me félicitai d'avoir opté pour la taille, car je retirai de la vessie deux calculs qui auraient dû, par la lithotritie, être broyés chacun isolément. Le malade aurait peut-être beaucoup plus souffert de la lithotritie et de ses suites que de celles de la lithotomie, qui a parfaitement réussi chez lui, et qui n'a entraîné aucune conséquence alarmante ou même le moins du monde inquiétante. L'événement est venu ajouter à ma satisfaction. Les deux sujets

sont sortis de l'hôpital parfaitement guéris, en apparence du moins, de leur affection calculeuse, qui s'est reproduite tardivement. Nous n'avons encore à vous présenter que l'enfant; l'homme, que nous avons vu il y a peu de temps, va se représenter à vous sous peu de jours.

Par rapport à ces deux individus, nous devons d'abord rechercher quelle peut avoir été la cause de cette reproduction de la maladie; comment, à un an de distance de l'opération qu'ils ont subie, se fait-il qu'ils aient un nouveau calcul dans la vessie? Chez l'enfant, nous n'avions enlevé qu'un seul calcul, rugueux, inégal, ayant tout l'aspect d'un calcul unique; tandis que chez l'homme les deux pierres que nous avons extraites étaient taillées à facettes, comme le sont habituellement les calculs multiples. Ici il ne s'agit pas de la reproduction d'un calcul sur un noyau qui serait resté dans la vessie, après une opération, par exemple, qui aurait laissé un fragment. Quelquefois, dans l'opération de la taille, il peut arriver qu'un calcul se brise entre les mors des tenettes; alors, s'il reste un fragment échappé à l'instrument et au doigt de l'opérateur, ce fragment devient un noyau autour duquel se forme un nouveau calcul. Ici, c'est évidemment un nouveau calcul qui s'est formé; nous ne pouvons supposer que chez l'enfant nous ayons laissé une pierre, car bien certainement, d'après la configuration de celle que nous avons retirée, il n'y en avait qu'une seule. Nous sommes bien au fait des précautions qu'il faut prendre en pareil cas, et nous avons sans exagérer fait quatre à cinq cents opérations de taille : à nos yeux, il ne reste pas le moindre doute.

Chez le vieillard, il y en avait deux : il aurait pu y en avoir trois; mais nous croyons être à peu près certain aussi qu'une troisième n'existait pas. D'abord, les accidents causés par la présence de la pierre se seraient reproduits aussitôt après la guérison de la plaie. Puis, nous avons exploré à plusieurs reprises la vessie avec le plus grand soin : chez lui comme chez l'enfant, c'est une nouvelle pierre à laquelle nous avons eu affaire.

Ces cas de reproduction d'un calcul n'ont rien d'extraordinaire, rien qui ne soit conforme à ce que l'on a observé dans tous les temps, faisant toujours abstraction des cas où l'on aurait, par une cause quelconque, laissé soit un calcul entier, soit un fragment dans la vessie. Dans un grand nombre de circonstances, des calculs nouveaux se forment dans la vessie, soit qu'un nouveau noyau soit descendu des reins par les uretères, soit que la persistance des conditions générales ou locales sous l'influence desquelles s'était formé le premier calcul, ait favorisé la production d'un

second. Une *lithiase* peut avoir lieu plusieurs fois chez le même sujet. Une pierre peut avoir été placée dans un cloisonnement, dans un espace compris entre des colonnes charnues très-saillantes; elle peut avoir été enchatonnée et s'être dégagée plus tard. C'est un fait qui est presque vulgaire, et qui se rencontrait très-fréquemment autrefois, lorsque la taille était le seul moyen de guérir l'affection calculeuse. A cette époque, on ne pouvait point mettre cette reproduction des calculs sur le compte d'un fragment, comme on a eu lieu de le supposer avec raison depuis la découverte de la lithotritie. Il était alors impossible de supposer qu'il y eût à chaque opération de taille faute du chirurgien. Nous avons connaissance de personnes qui ont subi plusieurs fois l'opération de la taille.

Entre autres faits remarquables, nous avons vu un homme qui, en 1811, vivait encore près de l'hôpital de la Charité, le père du coutelier Grangeret, et qui avait été taillé sept fois, autant que notre mémoire peut être fidèle. Il avait été opéré par tous les chirurgiens distingués qui s'étaient succédé à la Charité, et qui avaient joui de quelque réputation pour la pratique de cette opération. A cette époque, l'hôpital de la Charité était desservi par les frères charitains, parmi lesquels se trouvaient des hommes renommés par leur habileté chirurgicale, et principalement pour l'opération dont nous vous entretenons ici. Plus tard il fut taillé par Deschamps, puis par Boyer. On trouve dans les annales de la science l'histoire d'hommes qui ont été taillés deux ou trois fois à des intervalles plus ou moins éloignés. Pour notre part, il nous est arrivé plusieurs fois de tailler des individus qui avaient été opérés déjà, soit par d'autres chirurgiens, soit par nous-même ; et, nous le répétons encore, ce n'est pas toujours par suite de quelque faute, de quelque méprise de l'opérateur, que les individus dont nous parlons se sont trouvés dans la nécessité de subir une seconde, une troisième fois l'opération de la lithotomie.

Puisque nous sommes encore sur le chapitre des récidives, permettez-nous de vous présenter quelques remarques sur l'opération de la taille faite itérativement. L'expérience a appris que les secondes opérations de taille sont plus simples généralement, plus heureuses aussi, et plus souvent suivies de succès que les premières. Il ne faut pas plaindre, autant qu'on croirait devoir le faire, les sujets qui sont dans la nécessité de subir une seconde fois l'opération de la lithotomie. La souffrance résultant de l'opération en elle-même est, il est vrai, la même; mais les suites présentent des dangers beaucoup moindres.

Les opérations de taille faites sur des individus qui en ont

déjà subi une première, ne semblent pas compromettre les jours du malade autant que celles qui sont faites pour la première fois. Nous ne savons si l'on a fait sur ce point des relevés statistiques bien exacts, nous ne pourrions vous indiquer des chiffres positifs; mais il y a des convictions intimes que l'on acquiert et qui se rapportent à des choses susceptibles d'être nombrées, convictions qui résultent de l'expérience et qui équivalent à la certitude que procure la statistique numérique. Pour notre part, et sur ce sujet, nous avons la conviction intime que les individus taillés pour la deuxième fois échappent dans une proportion énormément plus grande aux suites de l'opération, que ceux qui le sont pour la première fois; en d'autres termes, les secondes tailles sont moins dangereuses, moins fréquemment suivies d'accidents que les premières. Cela se conçoit du reste facilement. Les individus qui ont le malheur de subir une seconde fois la lithotomie savent en quoi consiste l'opération; ils la redoutent moins qu'ils ne faisaient pour la première. La première les effrayait considérablement; ils se la figuraient plus grave peut-être qu'elle n'est réellement. Cette crainte du danger s'est affaiblie pour eux en grande partie. La seconde se présente à leurs yeux avec un certain air d'innocuité qu'elle n'avait pas d'abord. Et puis, par ce fait qu'ils ont échappé une première fois non-seulement à l'opération immédiate, mais à ses conséquences et aux accidents inflammatoires souvent très-graves qui l'accompagnent quelquefois, il semble que leur constitution les prédispose à ne pas en être affectés d'une manière nuisible. Cette même bonne disposition de l'économie rend les conditions favorables une seconde fois.

En outre, on sait combien les impressions morales se reflètent facilement et promptement sur la constitution physique, combien les malades qui sont tranquilles ou insouciants sur les suites d'une opération, guérissent plus promptement et plus aisément que les autres. Avec les circonstances tirées de l'état normal du sujet, il y a des circonstances physiques dont il n'est peut-être pas inutile de tenir compte. Il se pourrait, sans que nous donnions cette opinion autrement que comme une hypothèse très-vraisemblable, il se pourrait que, lorsque les deux opérations ne sont pas pratiquées à un intervalle très-éloigné l'une de l'autre, la première introduisît dans la disposition des parties des modifications heureuses qui rendraient l'opération nouvelle moins dangereuse. Et d'abord, il est impossible qu'un certain nombre de vaisseaux ne se trouvent oblitérés par suite de la première lithotomie. L'opération de la taille peut être accompagnée d'hémorrhagie soit immédiatement, soit consécutivement. Il est probable

que ces hémorrhagies, ou primitives, ou consécutives, sont à craindre moins chez les sujets qui subissent une opération pour la seconde fois que chez ceux auxquels on la pratique une première. Dans des parties qui ont été déjà traversées par l'instrument, il a dû se faire une transformation qui rend moins probable une hémorrhagie.

Ainsi, on le voit, disposition morale meilleure, le passé étant en quelque sorte garant de la bonne réussite de l'opération nouvelle; apparence que les malades soient plus susceptibles de supporter une seconde opération qu'une première; puis, peut-être, nouvelle disposition physique des parties, qui supprime certaines causes locales de danger. Nous venons de vous signaler un fait, il nous est permis de chercher à l'interpréter.

---

19. *Nouvelle méthode pour guérir certains anévrysmes sans opération, à l'aide de la galvano-puncture artérielle ;* par J. E. Pétrequin, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur à l'Ecole de médecine de la même ville.

(Suite : *voir* t. 160, décembre 1845, p. 151.)

(Journal de Médecine de Lyon, avril 1846.)

Deuxième mémoire.

Dans un premier travail, après avoir déterminé par des chiffres la gravité des opérations d'anévrysmes pour les diverses artères du tronc et des membres, et démontré historiquement que jamais l'expérience de la galvano-puncture n'a été faite jusqu'ici pour leur guérison, ni sur les animaux ni sur l'homme, j'ai abordé, sous le double point de vue de la pratique, la question thérapeutique pour les tumeurs anévrysmales de différents volumes; puis, établissant la possibilité de la méthode nouvelle par la physiologie expérimentale, et sa réalité par la cure d'un anévrysme de l'artère temporale obtenue en une seule séance galvanique, j'ai essayé d'en formuler les règles générales et de fixer les conditions du procédé opératoire pour assurer la réussite.

J'ai trouvé dans l'accueil unanime de la presse médicale française et étrangère un honorable encouragement pour poursuivre ces recherches. Aujourd'hui, les observations et les considérations nouvelles que j'ai à faire connaître doivent rendre ma découverte plus digne de fixer l'attention, et j'espère pouvoir doter la science d'une méthode curative, aussi prompte qu'efficace, propre à épargner bien des opérations sanglantes, à prévenir bien des dangers, et à donner les plus beaux résultats thérapeutiques.

Ajoutons qu'elle est susceptible de la plus heureuse généralisation, comme on va le voir.

§ I. *Des principes et des avantages de la nouvelle méthode.*— Aujourd'hui qu'on a abandonné l'ancienne méthode opératoire qui consistait à ouvrir le sac anévrysmal, les bases du traitement ont en quelque sorte changé. Le principal danger réside toujours dans l'extension et la rupture possible de la poche ; mais on a tourné la difficulté : on se borne à agir sur le liquide qu'elle contient, en interceptant le vaisseau afférent. En effet, avec la ligature selon Brasdor comme selon Anel, on se propose, en empêchant l'abord d'un nouveau fluide, de déterminer la coagulation du sang dans la tumeur, et graduellement l'oblitération de l'artère jusqu'aux premières collatérales. Il se passe alors dans le foyer un travail intime qui condense, organise, puis absorbe les éléments sanguins ; en définitive, c'est la coagulation du sang qui fait seule la base du traitement. La ligature artérielle est le moyen de l'art ; nous savons déjà les dangers de cette opération.

La nouvelle méthode vise au même but sans opération sanglante, et déjà, sous ce rapport, c'est un bénéfice incontestable. On sait qu'il existe plusieurs agents chimiques qui jouissent de la propriété de coaguler le fluide sanguin ; mais, mes recherches à cet égard n'étant pas suffisantes pour que j'entre ici dans d'autres détails, je me bornerai à la galvano-puncture, que j'ai substituée à l'opération en usage dans le traitement des anévrysmes. Tout était à créer pour constituer la méthode et le procédé ; j'ai lieu de croire que j'y ai réussi, puisque les règles que j'ai posées ont permis à d'autres d'obtenir les mêmes succès, en suivant mes traces.—Toutefois il me reste à répondre à quelques objections qu'une théorie systématique a fait naître. D'abord on a craint la gangrène de la peau : quand cela serait, ce danger est-il comparable à celui qu'on cherche à conjurer ? Mais cette crainte n'est même pas fondée ; cet accident n'arrive point : d'ailleurs j'ai imaginé pour les épingles à acupuncture un perfectionnement propre à le prévenir ; j'ai réussi à les isoler avec une couche de vernis à la gomme, dans une étendue correspondante à l'épaisseur des parties molles à traverser. L'expérience suivante pourra convaincre chacun que l'isolement est parfait : ainsi, l'action vive qui se manifeste quand on applique les pôles sur la tête ou une partie libre des aiguilles, cesse d'avoir lieu dès qu'on les place sur les points recouverts d'une couche de vernis, et recommence aussitôt que les deux instruments communiquent à nu ; preuve évidente que notre procédé est bon.

Pour coaguler le sang dans un anévrysme, il ne suffit pas de

faire arriver l'électricité par les deux pôles sur la surface tégumentaire de la tumeur ; il faut qu'elle soit directement transmise au fluide sanguin lui-même, ce qui s'exécute avec de longues aiguilles qui pénètrent dans le torrent circulatoire en traversant les parties molles. On a affecté de douter de la possibilité de cette coagulation ; on a prétendu que le sang qui circule dans le sac, étant du sang vivant, n'était pas décomposable par l'électricité et restait réfractaire aux lois chimiques. Ce sont là des assertions sans preuves ; on peut dire que cette doctrine n'est qu'une hérésie scientifique dont les vivisections sur les animaux ont déjà fait maintes fois justice. Je l'ai d'ailleurs prouvé par des faits cliniques que ce nouveau travail viendra corroborer : ce n'est pas seulement la possibilité, mais la réalité du phénomène qui est aujourd'hui démontrée par nos recherches ; seulement il faut des précautions spéciales pour réussir. J'ai fait voir qu'il convenait d'implanter les aiguilles sur des points opposés pour mieux se correspondre, de les placer dans une direction oblique ou perpendiculaire à celle du sang pour opposer une barrière à son cours, de les croiser pour rendre leur influence plus active, et de les multiplier dans les anévrysmes volumineux pour obtenir d'emblée un bon nombre de caillots qui offrissent une charpente suffisante pour le coagulum commun ; j'ai fait voir qu'il était avantageux de changer plusieurs fois la direction des courants, afin de faire agir le fluide galvanique dans tous les sens, de manière à produire une multitude de filaments étendus, comme la trame d'un filet, au milieu de la masse sanguine, etc.

Avec l'ensemble des moyens que j'ai indiqués, on réussit dans les anévrysmes d'un petit volume ; quant aux grands, j'ai démontré qu'il existe des difficultés, mais non des impossibilités : d'ailleurs, si la coagulation sanguine s'opère parfois spontanément dans le sac anévrysmatique, pourquoi ne pourrait-on pas l'opérer avec un agent qui jouît d'une aussi grande puissance que l'électricité ? Mais nous n'en sommes pas réduit à la théorie ; nous avons des faits en notre faveur. Bornons-nous donc à remarquer que cette nouvelle méthode a l'avantage de pouvoir être appliquée dans des cas même où les autres moyens ne sauraient l'être avec succès, notamment la compression, la ligature, etc. N'oublions pas surtout qu'elle a cet immense avantage, qu'aucune autre ne saurait revendiquer, à savoir que, lors même qu'elle ne réussirait pas, elle n'aggrave point l'état du malade. Aussi est-on déjà autorisé à établir en principe qu'il conviendra de recourir à notre méthode avant de songer à aucune autre. Certes, ce sont là autant de

priviléges qui n'ont pas besoin d'être développés, et qui lui assureront un jour une supériorité incontestée.

Dans les cas difficiles, il faut continuer plus longtemps l'action du galvanisme pour mieux assurer la réussite, et même répéter parfois coup sur coup les séances d'électro-puncture, surtout quand les pulsations reparaissent pendant ou après l'expérience, quand la tumeur est malaisée à comprimer ou ne peut l'être, quand le sang paraît peu coagulable, soit à cause de sa qualité, soit à cause de sa quantité, etc. On n'a pas de danger à craindre : la méthode est aussi simple que commode, aussi heureuse que prompte dans ses effets; elle épargne une opération sanglante et ses suites, etc. On ne citerait pas de pratique plus innocente et plus sûre. Elle vient de trouver une heureuse et brillante confirmation dans la belle observation du docteur L. Ciniselli, chirurgien de l'hôpital de Crémone, qui, enhardi par mon exemple à répéter mes expériences, a réussi à guérir un anévrysme volumineux de l'artère poplitée, en se conformant aux conditions du procédé opératoire tel que je l'ai formulé.

§ II. *Applications diverses de la nouvelle méthode.*— Ainsi, il est démontré par des faits cliniques que les anévrysmes sont guérissables sans opération sanglante, par la seule action de la galvano-puncture artérielle. J'avais déjà dit pour ceux qui sont volumineux : « On ne peut se dissimuler qu'ici les conditions se trouvent un peu changées en ce qui concerne la masse du sang à coaguler et l'influence des courants sanguins. Toutefois la possibilité du phénomène étant un fait acquis, il s'agit seulement de difficultés plus grandes à vaincre, mais non insurmontables. » (*Mélanges de Chirurgie*, p. 286.) Les prévisions de la théorie sont justifiées; la démonstration est complète, et le doute n'est plus possible.

Notre méthode peut donc triompher même des anévrysmes volumineux ; elle pourra s'adresser avec succès aux anévrysmes profonds, et souvent aussi à ceux où il est impossible de modifier le courant sanguin. L'avantage qu'elle a de ne jamais aggraver la position du malade sert de garantie et d'encouragement, de même que les faits précités pourront servir de guide et d'exemple. Il faut se munir d'une bonne pile de Volta, à couples nombreux ; elle doit être préparée à l'instant même, pour avoir toute son énergie d'action. J'ai fait usage d'une pile à auge, que j'ai chargée d'une eau acidulée avec un mélange d'acide nitrique et d'acide hydrochlorique ; les conducteurs étaient en fils de cuivre. J'ai déjà indiqué les autres détails.

On conçoit maintenant qu'il sera prudent de recourir à l'électro-

puncture dans les cas où l'on ne pourrait, sans danger, recourir à la ligature, soit à cause de la gravité de cette opération, si elle attaque une artère ou une région importante, soit à cause de l'état du malade, s'il est avancé en âge, pusillanime, affaibli, etc.

Certes, ce serait déjà une grande et belle conquête quand il ne s'agirait que de la curabilité des anévrysmes dont la gravité est bien connue en pathologie. Mais cette innovation ne se borne pas là : une idée neuve, qui a pu être érigée en principe et formulée en méthode et en procédé, méritait d'être étudiée sous toutes ses faces. Dès lors son importance a beaucoup augmenté : elle s'est montrée féconde en corollaires pratiques. Je puis dire dès aujourd'hui que sa sphère s'est singulièrement agrandie et que son utilité deviendra de plus en plus étendue.

J'avais pressenti et j'ai fait entrevoir qu'elle recevrait des applications nombreuses ; nous ne citerons ici que quelques exemples. Ainsi, pour ne pas sortir du cadre des maladies qui ont le plus de rapports avec les anévrysmes, je ferai remarquer que la galvano-puncture s'applique également bien aux tumeurs variqueuses : la fréquence des varices et les incommodités qu'elles entraînent doubleront la valeur de la nouvelle méthode, qui les comprend dans sa sphère d'action. Je sais que, encouragé par mon exemple, l'habile rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Milan*, le docteur A. Bertani, a, de son côté, commencé des essais de ce genre avec le docteur Tarchetti. Ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans plus de détails.

Un second groupe de maladies non moins importantes auxquelles la nouvelle méthode peut s'adresser avec succès, c'est le groupe des tumeurs vasculaires, telles que les *nævi materni*, les tumeurs érectiles des diverses régions, etc. ; leur gravité, qui a tant exercé le génie des chirurgiens, viendra, en cédant à l'action de l'électro-puncture, rehausser l'importance de cette nouvelle application ; seulement le procédé opératoire demande ici quelques modifications particulières.

Il est encore un ordre de lésions, telles que les tumeurs sanguines, les fongus vasculaires, etc., où elle pourra être appelée à rendre de grands services, d'autant mieux que la profondeur de leur siége, leur volume, leur tendance à l'hémorrhagie et à la récidive, les rendent souvent peu ou difficilement accessibles à l'action du bistouri.

Je ne pense pas devoir à cette heure entrer dans plus de développements, réservant pour un autre mémoire l'ensemble de mes expériences à cet égard, dont je me propose de faire connaître

les résultats pratiques. Aujourd'hui, j'ai voulu surtout démontrer l'efficacité et la supériorité de la nouvelle méthode dans les cas d'anévrysme, et il me suffira d'avoir posé les principes et fixé le point de départ pour tous les corollaires qui doivent en surgir.

OPHTHALMOLOGIE. — 20. *Études pratiques sur la cataracte ;* par le docteur **Desmarres.**

(Suite : *voir* t. I, janvier 1846, p. 92 ; t. II, février, p. 138 ; t. IV, avril, p. 146.)

(Journal des Connaissances médico-chirurgicales, avril 1846.)

Traitement chirurgical.—Remarques générales.—I. Maturité.— En général, on ne doit point songer à pratiquer l'opération avant que la cataracte ne soit arrivée à ce degré de développement qu'on appelle *maturité*, et que le malade ne puisse plus se conduire et ne distingue plus que confusément les grands objets. Cependant il est des cas, surtout lorsque la cataracte est double, où le chirurgien devra opérer alors même que le cristallin n'est point entièrement opaque : c'est particulièrement chez des individus où l'opacité a débuté dans la substance corticale profonde et centrale de la lentille, et surtout lorsque les malades sont dans des conditions de fortune telles que le travail leur est indispensable. En pareille circonstance, je pratique l'opération sur celui des yeux dont la vision est la plus abaissée, pour ne point compromettre ce qui en reste encore au malade.

On croyait autrefois que le temps seul pouvait amener la maturité de la cataracte, et cette opinion erronée était fondée sur ce qu'on pensait qu'elle devenait plus dure à mesure qu'on s'éloignait du moment de sa formation. Guillemeau et Maître-Jan admettaient encore ces idées. « *Aqua et gutta est,* — dit le premier, en parlant de la cataracte, — *quand elle commence à se bien former, se dilatant comme de l'eau ; mais quand elle vient à s'espaissir et meurir estant plus ferme, est dicte cataracte, et d'Avicenne gutta et obscura* (1). »

On a proposé (Stevenson, *Journ. méd. et chir. d'Edimbourg,* n° d'oct. 1820) d'opérer toujours la cataracte avant que le cristallin ait perdu complétement sa transparence, parce qu'il serait plus facilement broyé et plus promptement résorbé. C'est là une opinion erronée ; car toutes les cataractes sont loin d'être molles à leur début : d'un autre côté, on ne pourrait pas l'ériger sans danger en règle générale, parce qu'on pourrait compromettre ainsi ce qui reste de vision au malade. Elle ne peut s'appliquer

(1) Guillemeau, *Traité des Maladies de l'œil, qui sont au nombre de 113.* Lyon, MDCX, page 193.

qu'à ces cas de cataractes incomplètes dont nous avons parlé plus haut, et qui, par leurs progrès très-lents, mettent les malades dans les plus tristes conditions.

II. Opération sur un œil lorsque l'autre est sain. — Les avis sont singulièrement partagés sur cette question, et l'on voit dans les deux camps les noms des chirurgiens les plus distingués. Ceux qui se prononcent pour la négative ne manquent pas en apparence de bonnes raisons : en opérant l'œil malade, disent-ils, on risque de voir l'œil sain s'enflammer ; Boyer, J. Cloquet, ont vu cet accident survenir. D'une autre part, et en admettant même le succès, la différence de puissance visuelle qui existera entre les deux yeux détruira le bénéfice de l'opération. Les chirurgiens qui se prononcent pour l'affirmative répondent que c'est une rare exception de voir l'inflammation se propager de l'œil opéré à l'œil sain ; que l'inégalité de la vue n'est pas une raison suffisante pour rejeter l'opération, parce que l'œil gagne prodigieusement par l'exercice et par sa faculté d'accommodation aux diverses distances ; qu'une multitude d'individus naissent avec une différence notable dans la force des yeux, et qu'ils corrigent ce défaut par des moyens de dioptrique convenables, et que, sous ce rapport, l'opéré de cataracte est dans les mêmes conditions qu'eux. Je partage entièrement cette manière de voir : il faut opérer la cataracte lorsqu'elle existe sur un seul œil, et cela pour toutes les raisons que nous venons d'exprimer, surtout s'il s'agit d'un sujet jeune (l'expérience m'a appris à refuser l'opération aux vieillards qui se trouvent dans ces conditions), et, de plus, parce qu'il est d'observation que, lorsque la cataracte existe depuis un grand nombre d'années, la rétine s'affaiblit (Travers) et que la capsule contracte des adhérences avec l'iris (Richter). J'ai toujours vu, en outre, que l'œil cataracté depuis longtemps se dévie et qu'il en résulte un strabisme quelquefois très-marqué. Une seule considération, peut-être, devrait arrêter le chirurgien : je veux parler de la crainte de voir l'œil se fondre par le fait même de l'opération. Le malade atteint d'une difformité qui pourrait, dans quelques cas, briser sa carrière, se trouverait ainsi dans de tristes conditions ; heureusement c'est là une exception rare qu'on évite le plus souvent en choisissant de préférence l'abaissement, procédé qui expose beaucoup moins à la suppuration que l'extraction. J'ajouterai encore que l'opératiou de cataracte sur un seul œil est de toute nécessité pour beaucoup d'ouvriers qu'on renvoie des ateliers pour ce seul motif que, ayant un œil taché, on croit qu'ils doivent y voir moins que les autres.

III. *Opération sur un seul œil lorsque l'autre commence à se*

cataracter. — Beaucoup de chirurgiens préfèrent attendre que les deux cataractes soient complètes pour pratiquer l'opération ; d'autres, au contraire, posent en principe que le malade doit être opéré de l'œil dans lequel l'opacité de la lentille est arrivée à son plus haut degré de développement, par ce motif qu'il n'y a rien à perdre si l'opération ne réussit pas, tandis que dans le cas contraire il y a tout à gagner. Il est certain qu'au fur et à mesure des progrès de l'abaissement de la vision, le malade se trouve souvent dans les conditions les plus misérables. Peu à peu la vue s'affaiblit dans le seul œil qui lui reste ; tous les jours il s'aperçoit d'une perte nouvelle, s'attriste de plus en plus, et ce n'est souvent qu'après avoir traîné une vie misérable pendant un temps fort long, que les cataractes sont arrivées à un égal degré de maturité. — Il est hors de doute pour nous que l'intérêt bien entendu du malade est de se soumettre à l'opération de l'œil qui ne sert plus à la vision, lors même qu'après un résultat heureux la vue serait inférieure à celle du côté opposé, parce qu'il a la certitude de n'être point aveugle, et que l'œil opéré gagne en force à mesure des progrès de la cataracte dans l'œil qui servait seul au moment où l'opération a été pratiquée. J'ai encore tout récemment reconnu l'excellence de cette manière d'agir sur un grainetier de la rue Grenier-Saint-Lazare, que j'ai opéré. Du côté gauche, la cataracte était complète depuis quelques mois, la vision tout à fait détruite ; à droite, on voyait à peine quelques stries fines dans le cristallin. Je proposai l'opération qui fut acceptée. La vue se rétablit dans l'œil opéré ; le malade lisait très-bien avec le secours de lunettes biconvexes n° 3. Mais comme l'œil droit était encore bon, M. G.... ne sentit pas aussitôt tout le prix du service que je lui avais rendu, et il me dit à moi-même que s'il avait su d'abord y voir aussi mal, il ne se serait pas soumis à une opération. Il ne s'était pas écoulé six mois que je le vis revenir chez moi : la cataracte droite était presque complète, et cet œil gauche opéré, dont le secours lui était si peu utile, lui servait maintenant non-seulement à se conduire, mais encore à faire parfaitement toutes ses affaires.

J'ai dit plus haut que l'intérêt bien entendu du malade est de se faire opérer l'œil dont il ne voit plus lorsque l'autre commence à se troubler ; il n'en est pas toujours de même quant au médecin, et c'est peut-être la véritable raison pour laquelle on attend assez généralement que les deux yeux soient cataractés. Les malades considèrent en général comme peu de chose le résultat heureux de l'opération, parce qu'ils voient bien d'un œil, et tous ressemblent en cela au grainetier dont j'ai rapporté l'histoire ; tandis que

si l'on attend qu'ils soient complétement aveugles, ils ne désirent rien si ardemment que de voir seulement pour se conduire seuls. Le chirurgien a donc tout à gagner ici : il a deux yeux à opérer au lieu d'un, c'est-à-dire deux chances au lieu d'une, et, de plus, son malade est moins exigeant. Ces raisons doivent-elles l'empêcher d'indiquer au malade la route qu'il doit tenir ? Il n'y a pour nous qu'un seul cas dans lequel on ne doit pas proposer l'opération sur un seul œil : c'est lorsqu'on a lieu de croire que la cataracte ne tardera pas à être complète des deux côtés.

C'est ici le cas de rappeler l'opinion de Stevenson, qui admet, avec Platner, Manoury, Fra de Marolles, Carron du Villards, Bérard et d'autres, que si l'on opère un œil cataracté, on arrête souvent les progrès de la maladie dans l'autre œil. Je n'ai jamais vu, comme Saint-Yves, John Bowen, Stevenson, que l'opération sur un œil pût faire disparaître dans l'autre une cataracte développée à un très-faible degré ; mais il me semble avoir reconnu dans quelques cas que les stries opaques n'ont point augmenté depuis plusieurs années et à partir du moment où l'opération a été pratiquée sur l'œil dont le cristallin était complétement opaque. L'opacité demeurera-t-elle dans les limites où elle est aujourd'hui ? demeurera-t-elle stationnaire par le fait même de l'opération sur l'autre œil, ou n'est-ce là qu'une simple coïncidence, un simple hasard ? C'est là une question à laquelle il n'est point permis de répondre par l'affirmative et que des faits plus nombreux pourraient seuls résoudre. Il paraît, au reste, que l'opération de cataracte, dans quelques cas, exerce une grande influence sur l'œil qui n'a point été touché, du moins du côté de la rétine, et cela peut faire croire, jusqu'à un certain point, que l'opération peut exercer une certaine influence sur le système cristallinien qui n'est point encore envahi complétement par la maladie. M. le professeur Serres, de Montpellier (1), a publié plusieurs cas dans lesquels un œil depuis longtemps amaurotique a recouvré peu à peu ses fonctions après que la cataracte avait été opérée de l'autre côté, et, sous ce rapport, l'opération sur un œil peut être considérée comme moyen de rétablir la vue dans les deux à la fois.

IV. *Opération sur les deux yeux le même jour.* — Wenzel, Boyer, Graëfe, Jæger, Rosas, Forlenza, Fabini, Quadri, M. Roux, préfèrent opérer les deux yeux le même jour ; Demours, Dupuytren, Scarpa, Marc-Antoine Petit, Carron du Villards, Rossi, Samuel Cooper, Maunoir, Travers, etc., préfèrent attendre la guérison

(1) *Ann. d'Oculistique*, v. VI, p. 210, février 1842.

d'un œil pour opérer l'autre. Quelques-uns même, comme Scarpa, remettent l'opération du second œil à la saison suivante. De part et d'autre on donne de bonnes raisons. Avec ceux qui opèrent les deux yeux le même jour, je crois pouvoir avancer : 1° qu'il est dangereux de soumettre deux fois le malade aux mêmes accidents ; que si, lors de la première opération, il a fallu le saigner vigoureusement, on n'aura plus la même ressource si l'inflammation menace de compromettre l'œil opéré en second lieu ;

2° Que l'opération pratiquée le même jour sur les deux yeux à la fois n'est point suivie de plus d'accidents que celle faite d'un seul côté ;

3° Qu'en attaquant les deux yeux on a deux chances de rendre la vue au malade ; qu'il est rare qu'on n'en sauve pas un ;

4° Que si l'opération est faite à distance, l'œil opéré gagne une force relative très-grande que le second œil n'aura pas toujours, parce que le malade négligera de l'exercer convenablement ;

5° Que si l'on ne réussit pas sur le premier œil opéré, le moral du malade sera dans les plus tristes conditions lorsque le chirurgien attaquera le second, et que cette circonstance nuira singulièrement au succès.

Les chirurgiens qui veulent laisser un intervalle entre chacune des opérations ne manquent pas non plus de bonnes raisons. — Les accidents sont plus sérieux : deux opérations, selon Dupuytren, doivent entraîner des suites plus graves qu'une seule ; souvent toute l'inflammation se porte sur l'un des yeux opérés et le désorganise promptement : cela est surtout évident si l'on opère par extraction, selon M. Carron du Villards qui a souvent vu l'œil opéré se vider spontanément au moment où l'on opère l'autre, par suite d'un blépharospasme sympathique.

Ces craintes me paraissent, pour la plupart, exagérées ; et je persiste dans l'opinion qu'on doit, en général, opérer les deux yeux le même jour quand ils sont complétement cataractés et que le malade ne peut plus apercevoir aucun objet. Si l'on a affaire à un sujet pusillanime ou nerveux, toutes choses égales d'ailleurs, on ne choisira pas l'extraction, parce qu'elle pourrait être suivie des accidents signalés par M. Carron. Sur tous les autres individus qui offrent des conditions favorables, on peut, avec de l'adresse, quelques précautions, un intervalle convenable et de quelques instants seulement entre les deux opérations (dût-on, dans quelques cas où le blépharospasme est très-fort, appliquer quelques bandelettes sur l'œil dont la cornée a été ouverte), espérer d'éviter les accidents signalés.

Cette règle d'opérer les deux yeux le même jour n'est cependant pas absolue ; il est des cas individuels dans lesquels l'opération doit être faite à distance et par des procédés différents. Si, par exemple, un œil doit être opéré par abaissement et l'autre par extraction, on attendra, après avoir touché un œil, que tous les symptômes d'inflammation soient éteints pour opérer le second, parce que des accidents sérieux communs à l'une et à l'autre méthode pourraient mettre le résultat dans les plus mauvaises conditions. J'ai vu un chirurgien des hôpitaux de Paris faire un jour sur un homme de son service l'extraction d'un côté et l'abaissement de l'autre : des vomissements survinrent pendant la nuit, et l'opération n'eut aucun succès. Cependant M. Amussat, à l'exemple de Weller, opère ainsi la cataracte, et ses résultats sont heureux.

V. *Saison.* — Plusieurs chirurgiens attachent une grande importance au choix de la saison dans laquelle l'opération doit être faite ; d'autres ne voient aucun inconvénient à opérer quelle que soit l'époque de l'année. Je pense que ces derniers ont complétement raison, si toutefois on en excepte le moment où la chaleur est excessive : l'humidité, le froid, m'ont paru en général fort peu à craindre. Je n'ai point vu que ces conditions eussent une influence sérieuse sur le résultat de l'opération. La seule règle que je crois devoir suivre est d'opérer au moment où la santé générale est parfaite.

VI. *Age du malade à opérer.* — L'extrême vieillesse, l'âge climatérique chez la femme, l'enfance, ont été considérés comme des contre-indications de l'opération de la cataracte. L'âge climatérique me paraît seul, et encore dans de certaines limites, devoir être considéré comme tel : il est plus prudent d'attendre que la santé générale soit rétablie. La vieillesse n'est que bien rarement une cause d'insuccès lorsque l'œil est sain d'ailleurs. Les exemples de cataractes opérées sur des centenaires sont assez nombreux pour qu'il ne reste aucun doute à cet égard. L'année dernière encore, j'ai opéré un homme de 89 ans, et la vision s'est parfaitement bien rétablie. Quant aux enfants atteints de cataracte congénitale, il n'y a aucun inconvénient à les opérer lorsqu'ils ont atteint l'âge de 12, 15 ou 18 mois.

VII. *Préparation à l'opération.* — On a reconnu depuis longtemps qu'il est inutile de recourir à un traitement préparatoire avant l'opération de cataracte, lorsque cette maladie est simple et qu'elle n'est point le résultat d'une inflammation encore mal éteinte ou d'une affection générale. Dans ces dernières circonstances, il faudrait bien se garder de songer à l'opération avant

d'avoir soumis le malade à un traitement sévère et assez long pour que ces complications et leurs causes fussent sûrement éloignées. Les saignées générales ou locales, les purgatifs répétés, le repos prolongé à la chambre, les vésicatoires à la nuque, me paraissent au moins inutiles si le malade est dans de bonnes conditions générales. L'application des vésicatoires me semble surtout nuisible lorsqu'on opère par extraction, parce que le malade ne peut point conserver l'immobilité qui est si nécessaire, et que les douleurs qu'il éprouve l'empêchent de prendre du repos : dans l'abaissement, ce moyen est pour le moins inutile. Cependant, et bien que je pense qu'en général un traitement préalable soit au moins superflu, lorsque les cataractés sont pléthoriques, habitués à faire bonne chère, sujets à quelque congestion vers la tête, il est sage de pratiquer une saignée quelque temps avant l'opération et de recommander une alimentation moins abondante et moins riche. Un jour avant l'opération, il sera bon de prescrire un purgatif pour débarrasser les intestins. Si l'on opère vers le milieu du jour, le malade pourra, de bonne heure, prendre quelque nourriture ; un potage lui sera permis. J'ai reconnu la nécessité, chez les personnes accoutumées à l'usage du café au lait, de ne rien changer à cette habitude, parce qu'elles sont ordinairement prises d'une céphalalgie qui ne les quitte pas de toute la journée.

L'orsqu'on a affaire à un malade pusillanime ou à un enfant, il est avantageux, longtemps avant le jour fixé pour l'opération, d'habituer l'œil au contact des instruments, dans le but d'éviter qu'il ne s'agite vivement dans l'orbite et ne se cache sous la paupière supérieure. Plusieurs personnes recommandent de toucher les paupières avec un corps métallique mousse, persuadées que la sensation du froid est pénible à supporter et qu'elle est la principale cause des mouvements de l'organe. Je ne m'en tiens point à cette seule opération : la paupière supérieure étant maintenue par un aide, je touche à plusieurs reprises le globe avec un stylet mousse ordinaire dans l'endroit même où la ponction doit être faite. Les femmes les plus nerveuses s'habituent facilement à la sensation désagréable que produit l'instrument, et l'on évite ainsi une double cause d'insuccès : les mouvements désordonnés de l'œil, et la syncope, si fréquente chez les sujets de cette constitution. Dernièrement j'ai eu l'occasion de m'applaudir encore d'avoir soumis à cette sorte de *répétition* de l'opération de cataracte une dame qui, quelques mois auparavant, s'était levée brusquement au moment où elle avait senti qu'on piquait la cornée, et avait ensuite refusé nettement l'opération.

VIII. *Position du malade, du chirurgien et des aides.* — Lorsque

rien ne s'y oppose, le malade sera opéré assis : ce ne sera qu'exceptionnellement qu'il demeurera couché. De cette manière, on pourra le mettre dans les meilleures conditions de lumière possibles. S'il reste au lit, la tête est élevée par un oreiller et le chirurgien placé debout. Dupuytren, qui préférait l'abaissement, opérait toujours le malade dans cette position, pour éviter la syncope et empêcher le cristallin de remonter ; ce qui arrive souvent, selon lui, par l'effet des mouvements du malade. D'autres chirurgiens opèrent debout et font asseoir le malade sur une chaise haute. Cela peut être commode dans un amphithéâtre où tout est disposé par avance ; mais il n'en est point ainsi, à coup sûr, dans la clientèle particulière : l'aide, dans ce cas, doit monter sur un meuble placé derrière le malade, et il en résulte qu'en outre du dérangement que cela occasionne, il ne peut tenir avec solidité la tête et l'approcher suffisamment de l'opérateur sans s'exposer à tomber lui-même en avant.

La situation la plus convenable à donner au malade consiste à le faire asseoir sur une chaisse basse, ou mieux, sur un petit tabouret. Lorsqu'on se sert de la chaise, on en tourne le dossier vers le côté du malade, pour que l'aide et le patient soient en contact immédiat. Ce siége est placé près d'une fenêtre et de manière que la lumière traverse obliquement la cornée lorsque le malade est assis : le chirurgien a soin d'éviter que les reflets lumineux ne fassent naître quelque erreur sur la position des parties qu'il doit traverser. Il se place sur un siége plus élevé en face du malade, parce qu'ainsi les mouvements des bras s'exécutent sans aucune sorte de gêne. Les jambes du patient sont placées entre celles du chirurgien qui les fixe par une pression convenable. Il est des cas dans lesquels, surtout si le malade est très-nerveux, il est prudent d'attacher les genoux avec une serviette. Deux ou trois fois, après avoir omis cette précaution, je me suis trouvé véritablement embarrassé : pendant que j'opérais, les jambes du malade furent prises de mouvements, de tremblements dans le sens latéral si étendus, qu'elles venaient frapper contre les miennes, quelque effort que je fisse pour les éloigner, et que, perdant l'immobilité nécessaire, je fus forcé d'appeler à mon aide une personne présente qui fixa les jambes en les serrant vigoureusement entre ses bras.

L'aide se place derrière le malade : il soulève avec précaution la paupière supérieure au moyen de l'index et du médius de la main droite pour l'œil gauche, *et vice versâ* pour le droit. Les deux doigts de sa main sont d'abord appliqués sur le sourcil et la peau entraînée de bas en haut dans la portion correspondant au

milieu de la paupière, d'abord avec l'index, puis le médius alternativement, jusqu'à ce que les cils se trouvent fixés sous les doigts contre l'orbite ; la pression doit être ménagée autant que possible pour éviter quelque douleur au malade. L'aide applique la main gauche, par sa face dorsale, contre la nuque du patient, et de telle sorte que la région occipitale y trouve un point d'appui solide ; il étend la jambe gauche en avant, de manière à trouver sur la droite placée en arrière un point fixe qui lui permette de s'opposer aux mouvements d'avant en arrière de la tête de l'opéré. Sans cette précaution, l'aide perd l'équilibre au moindre mouvement du malade et abandonne brusquement la paupière qui tombe sur les instruments déjà introduits dans l'œil. J'oubliais de dire qu'avant de saisir la paupière, l'aide l'essuiera avec soin au moyen d'un linge fin, et qu'il frottera ses doigts dans une poudre de bois bien sèche ou avec de la craie. Il suivra les mouvements de l'opérateur avec attention et exécutera certaines manœuvres dont nous parlerons plus loin.

Si l'on doit opérer les deux yeux immédiatement, il est convenable de cacher le premier œil opéré sous un bandeau médiocrement serré, surtout lorsqu'on a choisi l'extraction. Cette précaution empêchera quelquefois l'œil de se vider par l'effet des contractions énergiques de l'orbiculaire et des muscles droits au moment où l'on attaque l'autre œil ; cependant elle est loin d'être toujours indispensable. Il est inutile d'y recourir si l'on choisit de préférence l'abaissement, ou si l'on n'a qu'un seul œil à toucher, à moins que le sujet ne soit si pusillanime que la seule vue des instruments puisse le faire tomber en syncope.

(*La fin à un prochain numéro.*)

---

21. *De l'emploi du collyre de térébenthine dans le traitement de diverses maladies des yeux ;* par le docteur S. Laugier, chirurgien de l'hôpital Beaujon.

(Bulletin général de Thérapeutique, avril 1846.)

M. Serre, d'Alais, dont on connaît les travaux recommandables sur divers points de la chirurgie, me parla, dans le courant de décembre 1845, de l'heureux effet de l'essence de genévrier (1) dans les kératites chroniques avec développement anormal des vaisseaux de la conjonctive et de la cornée. Il résulte de ses expériences qu'employée en collyre, l'essence de genièvre peut être d'un grand secours dans les cas indiqués. Je lui répondis

(1) L'huile de cade ou de genévrier.

aussitôt que, s'il en était ainsi, on pourrait peut-être se servir avec avantage de la térébenthine de Venise pour des cas analogues. Je me rappelai son usage dans les affections catarrhales et son emploi à l'intérieur contre quelques maladies des yeux. J'avais dans mon service plusieurs maladies de cet organe, qui me paraissaient favorables à des tentatives de ce genre : conjonctivite dite catarrhale, aiguë et cronique, kératite, tylosis, dacriocystite, etc.

Je fis dissoudre la térébenthine molle de Venise fluidifiée à chaud dans l'essence de térébenthine (j'en donnerai plus bas la formule), et dès le lendemain je commençai mes essais. Ils avaient cela d'intéressant de prime abord, que tous les malades qui y furent soumis étaient en traitement par le collyre au nitrate d'argent, et que je pouvais d'emblée apprécier comparativement l'action de la térébenthine. Dès les premiers jours, cette action fut bienfaisante et sembla *préférable* à celle du nitrate d'argent, employée à la dose de 15 centigrammes par 30 grammes d'eau distillée. J'ai continué mes essais sur des malades arrivés à l'hôpital avec des maladies aiguës de la conjonctive et de la cornée, et n'ayant encore été soumis à aucun autre traitement. Le nombre de ces malades est déjà aujourd'hui assez grand, et mes essais de la térébenthine assez multipliés, pour que je puisse certifier le bon effet et l'entière innocuité de ce moyen dans les cas où je l'ai mis en usage. Cette innocuité m'a permis de l'essayer dans d'autres cas peu analogues aux premiers.

J'ai reçu à l'hôpital un malade ayant perdu l'œil droit depuis l'âge de neuf mois, et affecté depuis son enfance de kératite et de taies d'un blanc mat au-devant de la pupille. Il y a quinze jours que ce malade est en traitement, et il trouve une amélioration notable dans la vision, en même temps que les taies semblent diminuer d'opacité. Je suis loin de croire que la térébenthine en collyre puisse réussir ainsi dans tous les cas ; mais il suffit qu'elle soit utile dans quelques-uns, pour qu'il soit convenable de la signaler aux praticiens comme une application utile. Je puis dire, avec une entière certitude, qu'il n'y a pas un seul malade qui ne se soit loué de son emploi ; quelques-uns même m'ont pressé d'y revenir lorsque, pour mieux juger de son efficacité, j'en interrompis l'usage pendant un ou deux jours. J'accorde toutefois que ce moyen est encore en pleine expérience ; mais j'ai cru hâter la solution de la question de son utilité absolue et relative en publiant, sinon les résultats complets, au moins l'annonce de mes premiers essais.

Voici la formule du collyre de térébenthine :

Térébenthine de Venise. . 20 grammes;
Essence de térébenthine. . 10 grammes.

Mettez la térébenthine dans un mortier de marbre; faites chauffer lentement, et lorsque la térébenthine sera devenue fluide, ajoutez l'essence par petites portions.

Instillez matin et soir entre les paupières trois ou quatre gouttes de ce collyre.

Je n'ai pas caché que le point de départ de mes expériences sur la térébenthine est la communication de M. Serre, d'Alais, touchant le bon effet de l'essence de genièvre. En admettant l'utilité de celle-ci, il est tout à fait concevable que la térébenthine, et l'essence de térébenthine particulièrement, puissent agir dans le même sens. En effet, la composition chimique de l'essence de térébenthine est la même que celle de l'essence de genièvre, et, suivant M. Dumas, ces deux essences sont *isomériques*.

J'ai mélangé l'essence de térébenthine à la térébenthine de Venise, et il serait facile de l'unir aux corps gras et de s'en servir en pommades. J'ai dû aussi l'essayer pure; car il fallait vérifier si alors son action ne serait pas puissante, plus rapide, sans être nuisible : elle cause seule une douleur beaucoup plus vive, et elle a sensiblement ravivé l'inflammation dans un ou deux cas; dans la plupart, j'ai dû revenir au mélange de l'essence et de la térébenthine de Venise, et en somme je crois ce mélange préférable. Cependant quelques malades ont supporté l'essence pure sans éprouver d'inconvénient notable; deux lui ont attribué une amélioration plus marquée dans leur vision. Je compte en continuer l'emploi dans le traitement des taies, lorsque la conjonctivite est dissipée.

Depuis le 1er janvier 1846, j'ai recueilli à Beaujon un assez grand nombre d'observations qui prouvent manifestement l'utilité de la térébenthine en collyre; j'en ai fait aussi plusieurs fois usage en ville avec le même succès. Je m'abstiendrai toutefois, pour le moment, d'en parler avec détail, mon but unique ayant été d'engager mes confrères à répéter mes essais. Il sera convenable plus tard de déterminer la portée de ce nouveau moyen et sa valeur relative avec plus d'exactitude.

IX. MALADIES SYPHILITIQUES.

22. — *Mémoire sur un état inflammatoire simple, se manifestant quelquefois à la suite des accidents vénériens primitifs, et pouvant simuler une syphilis constitutionnelle;* par M. Diday, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille (hôpital des Vénériens de Lyon).

(Gazette médicale de Paris, N° 16, 1846.)

Il arrive souvent qu'après avoir eu soit des chancres, soit la blennorrhagie, un homme voit, au bout de deux, trois, quatre ou six mois, se manifester des excoriations et des gerçures au fondement, de la sensibilité à la gorge, des vésicules à l'entrée des narines, etc. Tous ces symptômes, peu incommodes en eux-mêmes, deviennent fatigants néanmoins par leur ténacité, et surtout par l'extrême tendance qu'ils ont à récidiver tantôt à la même place, tantôt en changeant de siége. Cette maladie n'est pas la vérole; elle y ressemble cependant au point de tromper fréquemment les malades ainsi que les médecins. Comme les autres, je m'y suis moi-même mépris au début de ma pratique, jusqu'à ce qu'enfin les occasions de l'observer s'étant multipliées, je crus m'apercevoir qu'il s'agissait là d'une affection particulière absolument dépourvue de tout caractère syphilitique, mais n'en méritant pas moins d'être recommandée à l'attention des praticiens comme espèce pathologique aussi peu étudiée jusqu'ici que digne de l'être. En signalant ces lacunes, je ne prétends pas venir aujourd'hui les combler; seulement, en attendant qu'une main plus expérimentée ait préparé à cette affection une description complète pour l'intercaler dans le cadre nosologique au lieu qui lui convient, j'ai cru pouvoir ébaucher, d'après mes observations, quelques-uns des points les plus importants de son histoire. — Je tâcherai donc d'abord de faire connaître les symptômes de cet état, puis je chercherai à pénétrer sa cause et sa nature; enfin j'indiquerai ce qui m'a le mieux réussi pour le combattre.

§ I. — *Description.* — L'antécédent obligé de la maladie dont il s'agit est une blennorrhagie ou un chancre. Que l'écoulement ait été inflammatoire ou indolent, que l'ulcère ait disparu sans laisser de traces ou qu'il se soit induré, peu importe. Ces différences ne m'ont point paru augmenter ou diminuer sensiblement pour le malade les chances d'invasion de l'affection dont je m'occupe. La seule condition qui m'ait semblé avoir sous ce rapport une certaine influence est *la durée* de l'accident primitif. De deux hommes qui ont eu, l'un un *échauffement* simple, mais s'étant prolongé deux ou trois mois, l'autre une chaudepisse cordée,

mais coupée avec succès dans l'espace de huit ou dix jours, le premier sera bien certainement le plus exposé à voir apparaître ensuite les symptômes du côté du gosier, de l'anus, des narines, etc. On peut dire la même chose des chancres. En deux mots, c'est quand la *fluxion* vers les organes génitaux a été longue que l'économie paraît en avoir conservé l'atteinte, et manifeste en quelque sorte le souvenir de cette impression par ces mouvements congestifs répétés vers la bouche, l'anus, etc.

La cause de cette maladie est donc un chancre ou une blennorrhagie. Il serait sans contredit plus régulier, plus satisfaisant pour l'esprit, de pouvoir lui assigner un point de départ fixe et unique. La théorie nous eût peut-être suggéré ici une exclusion; mais l'observation n'a ni choix ni préférence à exercer, et comme je ne parle que d'après elle, il ne m'est pas permis de résoudre d'une autre façon la question d'étiologie. Je dirai seulement que j'ai vu plus souvent l'*état inflammatoire simple* à la suite d'une blennorrhagie qu'après un chancre. Mais cette différence vient très-probablement de ce que la blennorrhagie est à la fois l'accident vénérien le plus commun et celui qui dure le plus longtemps.

Le laps de temps qui s'écoule entre le début des phénomènes vénériens primitifs (chancre, écoulement) et l'apparition des symptômes anaux, pharyngiens, buccaux, etc., est extrêmement variable. N'ayant aucun relevé d'observations rédigé à ce point de vue, je m'abstiendrai de poser des conclusions qui ne seraient qu'approximatives. Je puis cependant dire qu'il est assez peu ordinaire de voir cet intervalle n'être que d'un mois, et il ne serait pas moins rare qu'il dépassât un an ou dix-huit mois. Le terme accoutumé est trois, quatre, cinq ou six mois. Le printemps est l'époque la plus habituelle de l'invasion de ces symptômes.

Ainsi qu'il a été dit, la maladie dont je traite en ce moment se porte de préférence sur les orifices extérieurs des conduits muqueux ; mais elle ne les envahit ni toujours tous à la fois, ni les mêmes chez les divers individus. Pour apporter plus d'ordre dans l'exposition de ces symptômes, pour tracer une description qui puisse les faire reconnaître par le médecin qui ne les aurait jamais observés, il est bon de les étudier isolément, suivant qu'ils existent dans telle ou telle partie.

A. *Rougeur et gerçures à la marge de l'anus.* — C'est l'un des siéges les plus habituels de la maladie. Les individus placés dans les conditions pathologiques propres à son développement sont avertis par des sensations non équivoques qu'il se passe là quelque chose d'anormal; mais le degré et l'espèce de l'incommodité qu'ils éprouvent varie selon la hauteur où la lésion se trouve. Si c'est

à la marge même de l'anus, ils ne sentent qu'une cuisson avec chaleur et prurit, redoublant sous l'influence de la station assise, d'une marche prolongée, du frottement des vêtements, d'un bain trop chaud, d'un excès de table ou de vin, etc. Si, au contraire, la maladie occupe une partie plus élevée du rectum, les symptômes de cet ordre sont moins continuellement fatigants ; mais il s'y joint une douleur qui se renouvelle chaque fois que le malade va à la garde-robe, douleur qui peut devenir extrêmement vive. L'écoulement de sang ou de suppuration, ou seulement de sérosité, le ténesme, les érections, complètent ce tableau qui, du reste, n'est autre que celui de la fissure à l'anus.

Quand on examine la région malade, il arrive souvent qu'on n'y découvre rien au premier coup d'œil. Comme l'affection est sujette à des exacerbations de six, huit ou dix jours de durée, que suit un calme parfait, le médecin devra veiller à ne faire son exploration que pendant le premier de ces deux états. Et cependant, malgré cette précaution, je le répète, il ne trouvera souvent que des altérations insignifiantes et hors de rapport avec l'intensité des souffrances qu'accuse le malade. La lésion que j'ai le plus fréquemment rencontrée consiste en gerçures très-superficielles, à fond d'un rouge vif, au nombre de deux ou de trois. Chez un ouvrier en soie qui avait eu un chancre cinq mois auparavant, le pourtour de l'anus était sillonné de ces petites ulcérations : presque chaque repli de l'orifice en cachait une dans sa cavité. La guérison fut promptement obtenue par un traitement à peu près exclusivement local. En général, leur nombre est en raison inverse de leur profondeur. Quelquefois, pour les apercevoir, il sera nécessaire d'engager le malade à pousser comme s'il voulait aller à la selle, tandis que le médecin avec deux doigts écarte les rides et développe la muqueuse. — Ces gerçures sont le phénomène le plus ordinaire dans cette région. Quelquefois il n'existe que des rougeurs circonscrites avec une légère élevure (mais sans ressemblance aucune avec le tubercule muqueux) et occupant la partie la plus extérieure du fondement. Enfin, chez d'autres sujets, on ne trouve qu'une éruption analogue à l'eczéma et s'accompagnant, comme lui, dans cette région, d'un prurit extrêmement pénible.

De tous les symptômes que j'ai encore à énumérer, les gerçures de l'anus sont le plus incommode et celui qui guérit le plus difficilement sans traitement, dans les cas du moins où la solution de continuité a une certaine profondeur ; car lorsqu'elle est plutôt excoriation que fissure, elle disparaît en général spontanément, quoique pour revenir plus tard.

B. *Rougeur de l'arrière-bouche et du pharynx.*—Ce phénomène est le plus fréquent, celui qui inquiète surtout les malades et qui occasionne, de la part des médecins, les méprises les plus nombreuses. Pour des esprits tant soit peu prévenus, il constitue un symptôme ou du moins un prodrome infaillible de vérole ; pour ceux qui ne mettent pas leurs conjectures à la place de la réalité, il ne représente, au contraire, que le moins grave des effets d'une maladie très-légère elle-même. Rarement il se rencontre seul : quand on l'observe sans aucune autre lésion à l'anus, sur la langue, aux narines, etc. , on peut être presque sûr que quelques-unes de celles-ci ou ont déjà existé ou ne tarderont point à se manifester. Les symptômes sensibles de cette fluxion à l'arrière-gorge sont une certaine difficulté à avaler ; une légère sensibilité plutôt qu'une douleur réelle accompagne cet acte. Le malade dit qu'il se sent la gorge constamment sèche. En pressant du bout du doigt au-dessous de l'angle de la mâchoire, on fait un peu souffrir ; il y a parfois quelques ganglions cervicaux engorgés. Tous ces symptômes augmentent sous l'influence d'un air froid ou humide ; mais du reste ils ne sont jamais accompagnés de mouvement fébrile.

Tel est, au juste, le tableau des symptômes qu'éprouvent réellement les malades ; mais, si l'on s'en rapporte à eux, il n'en est pas un seul qui ne croie et ne s'efforce de persuader qu'il a des chancres dans la gorge. Le médecin, voyant une telle conviction enracinée dans l'esprit de son client, n'a que trop de propension à la partager, et cette tendance augmente encore s'il apprend qu'il y a eu antérieurement un chancre. Enfin, comme l'exploration de l'arrière-bouche est une opération difficile sur certains sujets, comme chez eux le médecin n'est jamais bien sûr d'avoir vu toutes les parties suspectes qui se cachent derrière la luette, à la base des piliers, et principalement sur la face interne de l'amygdale, il sera souvent entraîné, pour ne point se compromettre, à affirmer à tout hasard l'existence d'une ulcération chancreuse et à formuler le traitement en conséquence. J'ai l'intime conviction d'avoir sauvé de l'administration du mercure un grand nombre d'individus que plusieurs de mes confrères eussent sans doute considérés comme affectés d'ulcères spécifiques consécutifs ; et véritablement on ne saurait les blâmer sévèrement pour ce fait, car il n'est rien de difficile à explorer complétement comme quelques parties de l'arrière-bouche : je parle surtout de la face interne de l'amygdale chez les sujets où cette glande n'est point proéminente. Pour que la vue de l'explorateur y pénètre, il faut tirer fortement en dehors la commissure labiale du côté opposé ;

puis, si cela ne suffit pas, glissant l'indicateur le long de la face interne de la joue, presser directement d'avant en arrière du bout de ce doigt la partie externe du pilier antérieur, afin de faire, par une sorte de mouvement de bascule, faire saillie à la face interne de l'amygdale, laquelle, au lieu de regarder, comme à l'état normal, directement en dedans, vient alors se tourner obliquement en dedans et en avant, et se montre ainsi à la vue de l'observateur. — Malgré toutes ces précautions, il arrive souvent qu'un point échappe aux regards, surtout si le malade est de ceux dont les contractions de la langue apportent une résistance instinctive à cet examen ; et je conçois parfaitement que, dans le doute, un médecin qui ignore l'existence de la maladie simple dont je parle ici n'hésite pas à convenir de la présence d'un chancre, afin de mettre, en tout état de cause, sa responsabilité à couvert.

Dans les cas dont il est question, l'inspection la plus attentive ne découvre dans l'isthme du gosier que deux altérations : d'abord une sécheresse prononcée de toute la surface, puis une coloration rouge foncé dont les caractères distinctifs sont de s'étendre uniformément sur les piliers, la partie la plus inférieure du voile, les amygdales, la paroi postérieure du pharynx, et de ne pas être accompagnée d'un gonflement notable de ces parties. — Cette lésion a été regardée par plusieurs auteurs comme étant de nature syphilitique, et classée par eux dans l'ordre des syphilides exanthématiques. Je ne nie point que, dans certains cas, une rougeur semblable ne puisse tenir à l'infection syphilitique ; mais je fais observer que dans ceux dont il est question, la fugacité du symptôme, le défaut absolu de prise qu'a sur lui l'emploi du mercure, enfin l'absence constante de tout autre signe caractéristique de vérole constitutionnelle, plaident à coup sûr très-fortement en faveur de la nature toute simple que je crois être fondé à lui assigner.

C. *Exulcérations de la langue et des lèvres.* — Ces exulcérations n'ont que la largeur et la durée des aphthes simples ; et pourtant ce sont autant de chancres dans l'imagination des malades. Ils occupent, à la langue, principalement ses bords, et aux lèvres la partie de leur face interne la plus voisine du cul-de-sac que forme la muqueuse après avoir tapissé les gencives. Leur fond, le plus ordinairement rouge, prend quelquefois accidentellement une teinte grisâtre; mais il ne la conserve que deux ou trois jours, et fait rapidement place à une cicatrice imperceptible. Le siége spécial et la fétidité des ulcérations mercurielles empêcheront toujours de les confondre avec celles-ci. Elles

coexistent assez ordinairement avec la rougeur de l'arrière-bouche, mais se rencontrent également sans elle. C'est un des symptômes les plus faciles à éteindre sur place, les plus difficiles à guérir radicalement. J'ai gardé pendant plus de deux mois, à l'Antiquaille, un jeune homme affecté de blennorrhagie chronique, chez lequel ces exulcérations des lèvres et de la langue paraissaient, disparaissaient et reparaissaient, sans laisser entre leurs éruptions successives plus de trois ou quatre jours d'intervalle. Il sortit enfin soulagé, je n'oserais dire guéri.

D. *Erythème et vésicules au prépuce et au gland ou à la vulve.* — Ce symptôme n'est pas le plus fréquent ; mais une fois qu'il est déclaré, rien n'égale sa tendance à récidiver. Les exulcérations de la bouche elles-mêmes lui cèdent sous ce rapport ; car si elles reparaissent avec une opiniâtreté invincible, du moins cela ne dure ordinairement que trois, quatre ou six mois, et la propension aux rechutes finit enfin par s'éteindre. Bien loin de là, l'affection du prépuce ou de la vulve se termine communément dans l'espace de cinq à six jours, et ne revient guère ensuite, à moins de causes directes, qu'au bout de un, deux ou trois mois ; mais ces réapparitions se succèdent pendant un an, deux ans, quatre ans et plus : rien ne les prévient, rien ne les retarde ; c'est une perturbation passée à l'état d'habitude et réalisant de tout point la définition qui fait de l'habitude une seconde nature. Je traite actuellement depuis deux ans un négociant qui, à la suite d'un écoulement très-léger contracté il y a deux ans et demi, et guéri en trois semaines, a vu s'établir chez lui cette fâcheuse disposition. Marié, il ne peut voir sa femme sans s'exposer à ces éternelles résurrections de la maladie, dont d'ailleurs quelques lotions avec l'eau blanche font toujours, pour le moment, prompte justice. Ce n'est là du reste que l'histoire de l'*herpès præputialis* avec lequel cette maladie a la plus étroite analogie, et dont la persistance est assez connue. Une circonstance différencie cependant ces deux affections sous le rapport de la cause, et l'observation que je viens de citer nous en fournira un bon exemple. Ainsi le malade dont j'ai parlé a actuellement 44 ans ; il a le gland naturellement recouvert, la peau fine : il avait, dans sa jeunesse, usé et abusé du vin, de la table et des femmes ; et cependant l'herpès ne s'était point déclaré. A 42 ans, il contracte un léger écoulement, et aussitôt cette fluxion vers le prépuce s'établit et s'enracine. S'il n'y a, dans cette étiologie, rien de *spécifique*, on reconnaîtra sans doute qu'il y a au moins quelque chose de spécial ; c'est du reste ce que je ferai ressortir dans un instant.

La description de cette branche de la maladie est, à très-peu de chose près, celle de l'herpès *præputialis* ou de l'herpès *pudendi*. Aussi n'insisterai-je point sur les détails nosographiques. Souvent une légère rougeur remplace les vésicules ; mais elle n'a rien de cuivré et s'efface en peu de jours pour revenir ensuite, caractère que n'a jamais l'exanthème syphilitique. Chez les femmes, c'est la partie la plus saillante, le bord libre des petites lèvres qui est le plus sujet à cette irritation. Une jeune personne qu'un premier amant avait abandonnée avec une blennorrhagie assez intense, ne pouvait, quoique bien guérie de l'écoulement, se décider à se marier, parce qu'il lui survenait de temps en temps une éruption de vésicules presque imperceptibles sur la face interne des nymphes et vers la fourchette. Quelques cautérisations avec la solution de nitrate d'argent, aidées d'un régime convenable, suffirent pour la désabuser et lui rendre la santé. — J'ai été moins heureux chez une autre malade. La veuve d'un charcutier de cette ville vint me consulter il y a trois mois. Son mari lui avait donné, il y a un an, une blennorrhagie légère dont elle guérit assez promptement ; puis il mourut sept mois après des suites d'une angine sur la nature de laquelle les parents de sa femme conçurent quelques soupçons. Sa veuve, peu de mois après la fin de son écoulement, avait vu paraître sur le bord libre des petites lèvres une rougeur revenant périodiquement tous les quinze à vingt jours, et s'éteignant en trois ou quatre jours. Elle n'y avait pas fait d'abord autrement attention ; mais de la sensibilité à la gorge étant venue s'y joindre, et la mort de son mari ayant encore augmenté ses craintes, elle consulta un médecin d'hôpital, qui la mit et la maintint pendant deux mois à l'usage du mercure, sans aucune ombre d'amélioration. Après avoir reconnu la nature du mal, je changeai immédiatement le traitement ; mais quoiqu'il y ait un mieux réel, quoique la malade dise elle-même qu'elle se sent maintenant *moins échauffée*, je la crois encore assez loin d'une guérison radicale et définitive.

E. *Excoriations au pourtour des narines* : — Le plus rare et le moins incommode des phénomènes dont l'ensemble constitue l'espèce morbide que je décris ici. Il existe ordinairement en compagnie de l'un ou de plusieurs de ceux qui viennent d'être indiqués. Une ou deux gerçures très-superficielles se remarquent à l'orifice des narines, anticipant habituellement très-peu sur la partie la plus profonde de cette ouverture. Quelquefois elles s'accompagnent d'une rougeur érythémateuse de la lèvre supérieure, semblable à celle qui coexiste avec le coryza, mais moins vive et plus circonscrite. Quelque démangeaison, une cuisson

assez intense quand on y porte les doigts, ou qu'on s'est mouché fortement, un peu de tuméfaction de la narine correspondante; voilà tout l'appareil symptomatologique de cette petite fluxion.

Comme nous l'avons déjà plusieurs fois exprimé, les altérations qui précèdent n'existent ni toujours isolées, ni toujours toutes ensemble chez le même sujet. S'il est rare de n'en rencontrer qu'une, il est encore moins fréquent de les observer réunies en totalité. Il y en a presque toujours une qui forme le noyau, l'élément dominant de la maladie. Tantôt la congestion se dirige vers l'anus ; tantôt c'est la gorge qui est principalement affectée. Mais une circonstance digne de remarque , c'est que si deux des formes indiquées ont coexisté dans le principe, toutes les fois qu'il y a ensuite récidive, on voit presque toujours paraître simultanément aussi les deux lésions : c'est au point que, pour les malades qui observent un peu soigneusement leur état, le retour de l'une leur annonce presque infailliblement la réapparition plus ou moins prochaine de celle qui lui sert de compagne. Je n'ai vu d'exception, sous ce rapport, que pour l'éruption du prépuce, dont les *apyrexies*, d'ailleurs, sont, comme je l'ai dit, beaucoup plus longues que celles des autres formes.

La maladie que je décris ici et que je pourrai maintenant, sans crainte d'être mal compris, désigner sous le nom de *fluxion par accès vers les orifices muqueux*, peut se compliquer de la syphilis constitutionnelle : alors, le plus souvent, elle ne demeure pas à l'état de simplicité ; elle se dénature et change de symptômes, comme elle change par le fait de nom et de traitement. Ainsi les gerçures de l'anus deviennent des rhagades, la rougeur de l'arrière-bouche une ulcération consécutive, etc. Je n'ai observé aucun exemple où la maladie conservât en ce cas des caractères primitifs et poursuivît sa marche parallèlement à celle de la vérole. Théoriquement j'en comprendrais fort bien la possibilité ; mais je ne puis guère m'étonner de ne l'avoir jamais vu, quand je réfléchis que la syphilis manifestant ordinairement ses effets sur les mêmes points, c'est-à-dire vers l'anus, la langue, le gosier, etc., il est tout naturel que ses symptômes y modifient ou du moins y masquent ceux d'une affection toujours plus légère.

(*La suite à un prochain numéro.*)

---

23. *Mémoire sur le testicule syphilitique ;* par le docteur J. Hélot, de Rouen.

(Journal de Chirurgie de M. Malgaigne, avril 1846.)

Définition. — On entend par testicule vénérien, testicule syphi-

litique, sarcocèle syphilitique, etc., l'affection syphilitique consécutive de cet organe, caractérisée ordinairement par l'hypertrophie avec induration du corps même du testicule, ayant une marche essentiellement chronique, se terminant d'ordinaire par résolution plus ou moins complète, et quelquefois par atrophie de la glande.

Epoque d'apparition. — D'après cette définition du testicule vénérien, cette affection sera toujours symptomatique de la syphilis, soit que cette maladie ait été primitivement héréditaire, soit qu'elle reconnaisse pour cause une infection directe antérieure. Le testicule vénérien est en quelque sorte un symptôme de transition entre les accidents secondaires et les tertiaires, et ne se montre pas dans le cours des premières semaines qui suivent les accidents primitifs; il apparaît rarement avant les six mois écoulés depuis l'infection primitive, et souvent il n'arrive qu'après une ou plusieurs années. On l'observe quelquefois pendant la durée même des accidents secondaires tardifs ; et le plus ordinairement le testicule syphilitique existe seul ou accompagné de douleurs ostéocopes, d'exostoses, de gommes, etc.

Causes. — M. Ricord, étudiant les circonstances qui favorisent l'évolution du testicule vénérien, s'exprime ainsi : « Les causes sont celles qui, en dehors de la syphilis, agissent sur le testicule ; tout ce qui, en dehors de la syphilis, peut mettre la syphilis en jeu, peut devenir une cause de sarcocèle. Nous verrons plus loin que les causes les plus fréquentes, les plus puissantes de mise en scène du sarcocèle syphilitique, sont les causes blennorrhagiques. L'influence de la blennorrhagie sur l'épididyme, et par droit de voisinage, de l'épididyme sur le testicule, est telle qu'une blennorrhagie pure et simple peut devenir l'occasion d'un sarcocèle syphilitique. C'est dans les cas de ce genre que l'on trouve une sorte de changement dans l'allure, la marche de la maladie : ainsi, par exemple, au lieu de commencer par le testicule lui-même, elle envahit d'abord l'épididyme. Nous le répétons : souvent l'épididymite blennorrhagique peut devenir la cause occasionnelle, le coup de fouet, sous l'influence desquels se produit le sarcocèle syphilitique. Nous sommes convaincu que ce n'est guère que dans les cas où des circonstances particulières ont agi sur l'épididyme ou sur le testicule, que la maladie se développe. Une chute, une contusion, sont autant de conditions d'évolution de l'affection ; de même, la continence trop prolongée, cause qui se rencontre assez rarement, les excès vénériens, quelquefois la diathèse tuberculeuse, cancéreuse, scrofuleuse, peuvent venir en aide à la diathèse syphilitique. »

Je ne sais que penser de l'action de toutes ces circonstances, que M. Ricord regarde comme pouvant favoriser le développement de la tumeur syphilitique du testicule; je n'ai, pour ma part, rien observé qui puisse justifier ces données, fournies, du reste, par un homme dont le talent d'observation est bien connu. Dupuytren dit formellement que le développement spontané sans causes connues, telles que contusions, chocs, etc., d'une tumeur du testicule, s'il y a eu des antécédents syphilitiques, doit *à priori* faire soupçonner la nature de l'affection.

Quant à l'influence de la blennorrhagie, de l'épididymite blennorrhagique sur le testicule vénérien, on voit certainement des malades qui ont eu des blennorrhagies, soit simples, soit avec complication d'épididymite, bien avant l'apparition du sarcocèle; et je ne voudrais pas contester, dans ces cas, la prédisposition plus particulière que le testicule a contractée pour l'engorgement sous l'influence de l'action syphilitique ; mais toujours est-il que souvent le testicule qui a été affecté par la blennorrhagie n'est pas celui qu'affecte la syphilis, et il n'est pas rare de voir le testicule syphilitique exister à droite quand l'orchite blennorrhagique s'est montrée à gauche, comme aussi de rencontrer une affection syphilitique des deux testicules en l'absence de toute blennorrhagie antérieure.

Symptômes. — Quoi qu'il en soit donc des causes occasionnelles qui peuvent favoriser la localisation de la syphilis sur le testicule, toujours est-il que presque jamais on n'observe de symptômes qui puissent faire supposer que le testicule va se prendre. Les malades ignorent le plus souvent l'époque réelle à laquelle a commencé l'affection dont ils sont atteints, c'est le hasard qui la leur fait découvrir : cependant, très-exceptionnellement, quelques malades éprouvent dans le testicule un sentiment de gêne, de malaise, qui appelle leur attention sur cette partie avant que l'on puisse encore rien découvrir d'appréciable.

Dans l'immense majorité des cas, l'affection commence sans qu'il y ait aucune douleur lombaire ou testiculaire. Lorsqu'on suit le développement de cette affection, voici ce que l'on observe :

Le testicule affecté durcit et prend du volume; mais ce n'est pas par un développement successif et lent qu'il arrive à constituer enfin la tumeur arrondie, piriforme, comprenant le testicule et l'épididyme, qu'ont décrite Astley Cooper et Dupuytren : la description que nous en ont laissée ces chirurgiens ne convient qu'à l'affection arrivée à son complet développement.

Mais comment la tumeur arrive-t-elle à ce développement,

qui donne au testicule, dans quelques cas, deux ou trois fois son volume normal?

Au début de l'affection, dans un ou plusieurs points de la surface du testicule, on sent une ou plusieurs duretés : il semble que l'on touche un cartilage ; les petits noyaux d'induration s'étendent ensuite, se rapprochent, se réunissent, et finissent par envahir tout l'organe. Ces plaques d'induration n'existent quelquefois que d'un seul côté du testicule, qui, de l'autre, a conservé sa résistance et son élasticité normales. On perçoit très-bien la sensation de cette induration partielle en comprimant l'organe avec les doigts. Cette induration testiculaire se fait par plaques, par zones, n'est pas dépourvue d'une certaine régularité, et n'est point mamelonnée. Il semble que le noyau d'induration soit tout entier dans l'épaisseur du testicule, qui n'est point déformé, et dont la surface reste assez régulière. Lorsque les duretés partielles ont gagné tout l'organe, le testicule présente une dureté uniforme qui s'accompagne le plus ordinairement d'hypertrophie ; on voit alors le testicule augmenter de volume, non-seulement sans rien perdre de sa dureté caractéristique, mais encore le plus souvent en s'indurant de plus en plus.

Cette évolution du testicule syphilitique par induration partielle, signalée d'abord par M. Ricord et fort bien décrite par lui, n'est pas le seul mode suivant lequel se développe cette affection. Souvent aussi l'altération porte, dès le début, sur tout l'organe à la fois ; il perd de son élasticité, de sa souplesse normale, en même temps qu'il devient moins sensible au toucher. A mesure que le testicule augmente de volume, la dureté uniforme et régulière se prononce davantage ; il perd tout à fait son élasticité, et n'offre plus cette souplesse qui lui est propre. La tumeur, alors arrondie, piriforme, arrive lentement à un volume triple et même quadruple du volume primitif de la glande.

Dans quelques circonstances, lorsqu'au début le développement du testicule vénérien s'est fait par induration partielle d'un ou de plusieurs points de la substance de l'organe, la tumeur, même lorsqu'elle est très-développée , présente quelques inégalités , quelques légères bosselures, qui lui ôtent quelque chose de cette régularité qui fait le caractère le plus ordinaire du testicule vénérien.

Dans le testicule syphilitique, le corps du testicule est-il seul affecté ? D'après M. Ricord , le plus ordinairement l'épididyme reste complétement étranger aux modifications pathologiques du corps du testicule. « Lorsque la tumeur, dit-il, a acquis un volume trois ou quatre fois plus grand que le volume normal du

testicule, si vous l'examinez avec attention, vous ne trouvez plus l'épididyme, vous ne rencontrez plus qu'une tumeur uniforme. Pendant longtemps nous avions dû croire, nous aussi, que l'épididyme subissait la même altération que le corps de l'organe lui-même ; mais l'anatomie pathologique nous a appris que l'épididyme était parfaitement sain, mais seulement aplati contre l'organe lui-même. Non-seulement l'épididyme reste sain ; mais aussi le canal déférent. » Ceci est vrai dans l'immense majorité des cas ; cependant il nous paraît incontestable aussi que l'épididyme et le canal déférent subissent quelquefois des modifications pathologiques liées à celles du corps même du testicule.

Nous rapporterons plus loin une observation dans laquelle nous verrons une bosselure de l'épididyme, analogue aux noyaux d'induration, que nous observions en même temps dans les deux testicules de ce même malade. Ce malade n'avait jamais eu de blennorrhagie ni d'engorgement inflammatoire de l'épididyme ; et la résolution de l'induration syphilitique s'est obtenue aussi bien dans l'épididyme que dans le testicule.

Dans d'autres circonstances, lorsque l'épididyme ne participe pas d'abord dès le début à l'induration testiculaire, voit-on, comme le disent certains auteurs, après que le testicule a subi l'induration complète, l'épididyme se prendre également, s'indurer de même, pour se confondre avec le testicule et ne former qu'une seule et même tumeur arrondie, piriforme ? Ainsi que M. Ricord, je n'ai rien vu qui puisse me permettre de l'affirmer.

M. Ricord a donné comme caractéristique, dans le testicule syphilitique, la conservation du volume normal de l'organe. Dans quelques cas, suivant lui, l'induration testiculaire s'observerait sans hypertrophie. Nous n'avons jamais observé de cas semblables ; mais toujours est-il que l'hypertrophie, qui est le fait général, a des limites : ainsi, on ne voit pas de testicules vénériens arriver, comme certaines autres tumeurs de cet organe, à un développement énorme.

Lorsque la tumeur a acquis un certain volume, elle reste stationnaire pendant des mois et des années ; elle est même susceptible quelquefois d'une diminution spontanée, pour ensuite reprendre un volume plus considérable. Dans d'autres circonstances, on voit disparaître tout à fait l'engorgement testiculaire, et, quelque temps après, se développer dans l'autre testicule une tumeur semblable.

D'après Dupuytren (*Leçons orales*, t. IV, p. 236), « on doit considérer comme pathognomonique la disparition de l'engorgement de l'un des deux testicules et l'apparition d'une tumeur

semblable de l'autre côté : Si le malade, dit-il, déclare que le testicule, après avoir été six mois, un an, dix-huit mois affecté, est revenu à l'état normal, tandis que l'autre organe s'est pris, vous aurez les plus fortes présomptions en faveur de la nature vénérienne de la maladie. »

« Quand un testicule est engorgé, dit Astley Cooper, l'autre est disposé à participer à la maladie du premier, et je pense que, dans la majorité des cas, l'affection attaque en commun les deux glandes. » M. Ricord avait professé la même opinion ; mais aujourd'hui il regarde comme moins fréquente qu'on ne l'a dit l'affection des deux testicules. Nous avons vu bien des fois l'affection simultanée ou successive des deux testicules.

Boyer dit aussi que si les deux testicules sont affectés en même temps, cette circonstance ajoute singulièrement aux raisons que l'on a de croire à la nature vénérienne de la maladie.

Lorsque le testicule vénérien est arrivé à son complet développement, il se montre sous la forme d'une tumeur arrondie, cylindrique, présentant une dureté caractéristique, sans élasticité; elle n'est point dépressible : il semble que la tumeur soit aussi dure au centre qu'à la circonférence; elle donne au toucher la sensation d'une masse cartilagineuse. Quel que soit le développement de la tumeur, elle reste piriforme, arrondie, à grosse extrémité tournée en bas. Le testicule conserve, du reste, à peu près sa forme.

Le canal déférent est rarement affecté ; lorsqu'il devient volumineux, il reste régulier, ne présente point de bosselures. Je ne l'ai jamais vu plus que double ou triple du volume normal.

Cette hypertrophie du canal ne s'observe pas dès le début de l'affection ; on ne la voit survenir qu'alors que la tumeur a déjà un volume considérable. Il se fait assez ordinairement un épanchement plus ou moins considérable de sérosité dans la tunique vaginale. Dans bon nombre de cas, la résorption du liquide se fait; dans d'autres plus rares, cet épanchement constitue une véritable hydrocèle qu'on est ensuite obligé d'opérer. Lorsque la tunique est distendue par du liquide, pour apprécier mieux l'état des testicules, on peut pratiquer une simple ponction avec la lancette ou le trocart.

L'évolution de cette tumeur se fait d'une manière si indolente, que le malade peut ne s'apercevoir que bien tardivement de son existence. Le plus ordinairement, comme nous l'avons déjà dit, c'est par hasard que le malade la reconnaît.

Il nous est arrivé, lorsque nous constations des symptômes consécutifs, d'examiner les testicules et de les trouver déjà

affectés à un degré assez avancé, bien que les malades l'ignorassent complétement. Le toucher n'éveille point de douleur : on peut presser la tumeur en tous sens lorsque tout l'organe est envahi, sans que cette pression développe au moment même la moindre impression pénible, sans même qu'on ait à craindre de voir, après un toucher assez rude et prolongé, des douleurs se montrer ensuite, comme il arrive dans certaines autres tumeurs du testicule.

Cette indolence a été donnée par Dupuytren comme un symptôme caractéristique.

La douleur, lorsqu'elle existe, ne siége point dans la tumeur : elle se fait sentir le long du cordon jusque dans la région lombaire. M. Ricord dit que chez quelques malades ces douleurs lombaires sont intolérables, térébrantes, et se trouvent singulièrement exaspérées la nuit. Quoi qu'il en soit, elles n'appartiennent pas en propre au testicule vénérien, et se rencontrent dans beaucoup d'autres affections du testicule , même avec l'exacerbation nocturne.

Durée et terminaisons.—La durée est tout à fait indéterminée : l'affection persiste quelquefois plusieurs années; on a vu des malades conserver un testicule syphilitique, à l'état tout à fait indolent, pendant dix et même vingt ans. Elle se termine par résolution ; mais le plus souvent ce résultat ne s'obtient qu'au moyen d'un traitement antisyphilitique. La résolution spontanée n'est possible qu'alors que l'affection est récente : lorsqu'elle est au contraire très-avancée et ancienne, l'hypertrophie est définitive, et la résolution ne s'en obtient souvent qu'incomplétement, même par le traitement le mieux dirigé. M. Ricord dit que, dans d'autres cas, le testicule peut diminuer de volume, sous l'influence du traitement, jusqu'à l'atrophie même de la glande.

La terminaison du testicule syphilitique par suppuration a été admise par la plupart des auteurs ; mais ce mode de terminaison n'est pas celui du testicule vénérien. Dupuytren ne l'admettait pas ; et M. Ricord, qui la regardait comme excessivement rare, l'attribuait à la fonte purulente d'une gomme ; aussi admettait-il une variété de testicule syphilitique qu'il a désignée sous le nom de gommeux. Mais évidemment ici il y avait une erreur que le chirurgien paraît avoir reconnue depuis. La gomme du testicule ne doit pas entrer dans la description de l'engorgement syphilitique vrai. Nous avions accepté, dans notre thèse , cette distinction du testicule vénérien en deux variétés, d'après M. Ricord : la première, celle que nous venons de décrire, la seconde, dans laquelle il y a production de gomme et suppuration ; mais

cette distinction repose sur une mauvaise interprétation des faits. Nous avons suivi le malade dont parle M. Ricord dans son mémoire (*Bulletin de Thérapeutique*, octobre 1840) : ce malade avait une syphilide tuberculeuse ulcérée, des douleurs ostéocopes; son testicule droit était gros comme un œuf de poule et présentait à la partie antérieure et supérieure une bosselure très-marquée qui faisait contraste avec la régularité du reste de la tumeur. Cette bosselure abcèda ; mais l'hypertrophie avec induration du testicule ne disparut que petit à petit et par résolution. Le testicule gauche était aussi induré, mais à un moindre degré, et guérit aussi par résolution. Ce malade présentait donc *un double engorgement testiculaire* qui se termina par résolution, et en même temps *une gomme* qui suppura ; mais ces deux lésions distinctes dans leur évolution, leur marche et leur terminaison, qui ne s'excluent pas dans le même organe, ne doivent pas être confondues dans une même description.

M. Ricord admet que la scrofule et le cancer peuvent compliquer la syphilis de manière à modifier la marche et la terminaison du testicule syphilitique. Ce praticien distingué admet, avec la plupart des auteurs, la possibilité de la dégénérescence cancéreuse du testicule vénérien. A ce sujet, il rapporte le fait suivant : « Nous avons eu dans nos salles un homme qui avait passé par toutes les phases de la vérole, et qui avait un testicule syphilitique. Guéri de la syphilis et de son sarcocèle syphilitique, il revint dans notre service six mois après sa sortie de l'hôpital, portant une nouvelle tumeur des bourses. Cette tumeur était constituée par un encéphaloïde du testicule : nous pratiquâmes l'ablation de l'organe ; mais il y eut une récidive à laquelle le sujet succomba. » Le fait rapporté par M. Ricord ne prouverait pas la dégénérescence du testicule vénérien en cancer. Dans ce cas, le malade est guéri de son testicule vénérien ; six mois après, un cancer se développe : il n'y a, ce nous semble, aucun lien de communauté au moins nécessaire entre les deux affections. Mais un testicule syphilitique est-il susceptible de dégénérescence tuberculeuse ou cancéreuse ? C'est ce que les faits ne me paraissent pas établir. Loin de là, la généralité des faits conduirait à admettre plutôt que ces affections restent complétement distinctes depuis le début jusqu'à la terminaison.

Voici maintenant quelques-unes des observations que nous avons recueillies dans les hôpitaux ; elles confirmeront la description que nous venons de donner du testicule vénérien.

Obs. I. — Bardian, tourneur en cuivre, âgé de 31 ans, garçon, est entré le 18 février dans le service de M. Ricord, salle 2, n° 8.

En décembre 1837, il eut un chancre induré, resta un mois à l'hôpital, où M. Ricord lui fit prendre des pilules de proto-iodure. Sorti guéri, il rentra le 28 avril suivant pour se faire traiter d'une éruption secondaire : soumis au traitement mercuriel, il sortit le 15 mai non encore guéri, revint à l'hôpital le 2 juillet, affecté d'une nouvelle éruption générale et de douleurs dans la jambe droite. Il fut de nouveau soumis au traitement mercuriel et sortit guéri le 18 août.

Jusqu'au mois de janvier 1840, le malade n'éprouva aucun accident. A cette époque, il se fit dans le cuir chevelu une nouvelle éruption; le malade éprouva quelques douleurs dans le testicule. Aujourd'hui, 18 février, l'éruption a presque disparu, on ne retrouve plus que quelques taches cuivrées sur le front à la racine des cheveux. Les deux testicules ne sont que peu augmentés de volume.

A la partie antérieure et supérieure du testicule droit, on trouve dans le corps même du testicule une petite dureté qui change en ce point la consistance du testicule. Ce petit noyau d'induration ne fait presque pas saillie à l'extérieur de la tunique albuginée ; mais le toucher permet de constater qu'il s'engage dans l'épaisseur même de l'organe. Sur la partie latérale et externe existe une autre petite bosselure du même genre, mais qui est un peu plus en relief que la précédente. Dans le testicule gauche, voici ce que le toucher fait reconnaître : l'épididyme est induré et présente une bosselure très-marquée ; le testicule est plus uniformément dur et plus gros que le droit ; la tunique albuginée offre de petites inégalités. L'hypertrophie avec induration de la totalité de l'organe est plus complète ; évidemment l'affection est plus avancée à gauche qu'à droite ; le canal déférent de l'un et de l'autre côté est sain.

Le malade est soumis au traitement mercuriel et à l'usage de l'iodure de potassium. La résolution s'obtient graduellement, et Bardian sort guéri trois semaines après son entrée. Les deux testicules étaient alors revenus à leur état normal.

— Cette observation nous montre ces indurations partielles du début de l'affection sur le testicule droit, en même temps sur l'autre testicule l'induration plus complète et aussi plus uniforme d'une période plus avancée.

Dans les antécédents du malade, nous avons vu la succession des symptômes syphilitiques qui se rencontrent ordinairement avec tant de régularité dans la forme commune de la syphilis.

Le traitement régulier suivi par le malade lors de l'accident primitif et à chacune des récidives de la maladie, nous montre

que si le mercure est un agent très-efficace dans le traitement des affections de la syphilis, il est loin de présenter cette spécificité que lui accordent beaucoup de médecins contre la maladie elle-même ; le mercure est bien loin de mettre constamment les malades à l'abri des récidives qui font le caractère de la forme commune de la syphilis. Enfin, nous trouvons notée dans cette observation une induration de l'épididyme qui ne s'observe que bien rarement.

Obs. II. — Le nommé C..., âgé de 35 ans, garçon, eut des chancres en 1824, dont la durée fut de quatre mois : il fut alors traité par la liqueur de Van Swieten. Une seconde fois atteint de chancres, ces derniers ne durèrent que deux mois, et furent traités par la pommade au précipité rouge. Le malade n'eut jamais d'éruptions secondaires.

Il y a un an que le testicule droit a commencé à s'affecter. Le malade, en y portant la main, avait reconnu qu'il était plus gros et plus dur que le gauche. Cet engorgement était tout à fait indolore : la tumeur resta indolente et sans beaucoup augmenter de volume pendant plusieurs mois ; mais depuis six semaines les bourses ont acquis un volume énorme. Aujourd'hui, elles sont presque grosses comme la tête d'un enfant. Le malade dit que le volume et le poids seuls de la tumeur l'incommodent lorsqu'il a marché beaucoup : il éprouve un embarras et une légère douleur le long du cordon et jusque dans la région lombaire : on lui avait conseillé de porter un suspensoir ; mais il n'en a rien fait. Un épanchement considérable existe dans la tunique vaginale du côté droit. Une ponction est pratiquée pour évacuer le liquide et mieux apprécier l'état du testicule.

On constate alors que le testicule est gros comme un très-gros œuf de poule, qu'il est régulièrement arrondi, qu'il forme une tumeur piriforme dont la grosse extrémité est en bas. La dureté est partout uniforme, sans élasticité appréciable au toucher, qui ne détermine aucune douleur, pas même la sensation que cause la compression du testicule sain.

Le canal déférent est à peu près triple du volume normal, mais ne présente aucune bosselure ; lorsqu'on le comprime fortement, le malade éprouve une légère douleur.

Le testicule gauche présente en quelques points de petits noyaux d'induration : on sent dans l'épididyme une bosselure résistante ; le testicule, de ce côté, est un peu augmenté de volume. Le malade n'a jamais ressenti de douleurs du côté gauche, il ne soupçonne même pas que le testicule de ce côté soit malade ; la compression de l'organe occasionne une sensation douloureuse

analogue à celle que détermine le toucher d'un testicule sain ; pourtant cette sensibilité est notablement diminuée. Le canal déférent est à l'état normal.

On conseille au malade l'usage d'un suspensoir, d'appliquer sur les bourses un large emplâtre de Vigo ; un traitement mercuriel et iodé est prescrit, et le malade revient pendant plusieurs semaines à la consultation de l'hôpital du Midi, ce qui nous permet de constater une diminution progressive et assez rapide.

Le malade n'était pas encore complétement guéri lorsque je l'ai perdu de vue ; mais le testicule gauche, affecté à un moindre degré que le droit, était tout à fait revenu à son état normal.

— Cette observation nous offre un exemple de cette indolence complète si ordinaire dans l'affection qui nous occupe. Nous remarquerons en même temps que le malade n'a point présenté les symptômes consécutifs qui rattachent si souvent d'une manière plus directe le testicule vénérien au chancre primitif.

Obs. III. — Le nommé M..., âgé de 26 ans, est entré à l'hôpital du Midi le 7 septembre. En 1837, ce malade avait eu des chancres et deux bubons suppurés. Cette affection primitive dura six mois ; la liqueur de Van Swieten fut prise alors par le malade pendant soixante-dix jours.

Depuis, M.... eut une éruption syphilitique générale accompagnée de céphalalgie nocturne et de douleurs ostéocopes. Il fut soumis encore une fois à un traitement mercuriel. Guéri de ces symptômes consécutifs, le malade est néanmoins resté sujet à des douleurs vagues à la tête et aux membres.

Il y a quinze mois que M.... a commencé à souffrir légèrement du testicule droit. Son testicule était alors notablement augmenté de volume et dur. Il entra à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau, où il resta vingt-quatre jours, soumis à un traitement mercuriel qu'il continua ensuite pendant six semaines chez lui.

Sous l'influence de cette médication, le testicule avait diminué de volume : les douleurs avaient disparu ; mais l'organe était encore le double de celui du côté opposé.

A quelque temps de là, son testicule redevint douloureux et aussi volumineux que la première fois : aussi le malade se présenta-t-il à l'hôpital du Midi pour s'y faire traiter. Admis dans le service de M. Ricord, voici ce que l'examen nous permit de constater :

Le testicule paraît dur, volumineux ; un épanchement considérable existe dans la tunique vaginale. Pour mieux apprécier l'état du testicule, le liquide est évacué par la lancette.

On reconnaît alors que le testicule a à peu près deux fois et demie à trois fois le volume normal, que la dureté est uniforme et régulière. La tumeur est arrondie, piriforme, à grosse extrémité tournée en bas ; le canal déférent est double du volume normal, sans bosselure aucune ; la pression ne détermine aucune douleur, et ne produit pas cette sensation si pénible que cause la compression la plus légère d'un testicule sain.

Le malade éprouvait en outre une insomnie qui était due à des douleurs de tête qui avaient beaucoup augmenté depuis quelque temps. Comme il se plaignait de fortes souffrances dans les membres, nous examinâmes si ces douleurs ne s'expliqueraient point par des exostoses ; mais notre examen ne nous fit rien reconnaître.

Interrogé sur la nature de la douleur qu'il accusait dans le testicule, il nous dit qu'elle était légère en comparaison de celle de la tête et des membres, qu'elle était plutôt de la gêne causée par le poids du testicule, qu'elle s'étendait jusque dans la région lombaire.

Le malade fut soumis à l'usage de l'iodure de potassium, et la compression par la méthode de Fricke fut exercée d'une manière régulière pendant huit ou dix jours sur la tumeur.

Sous l'influence de ce traitement, les douleurs qu'éprouvait le malade avaient disparu : le sommeil était revenu ; mais la tumeur testiculaire ne diminuait pas sensiblement.

Des pilules de proto-iodure de mercure furent ajoutées au traitement. On vit alors le testicule diminuer petit à petit de volume, perdre de sa dureté résistante au toucher. Cet organe reprenait lentement quelque chose de l'élasticité normale du testicule.

Le 1er décembre, le testicule était encore un peu plus dur et plus gros que celui du côté opposé ; le canal déférent avait conservé le volume qu'il avait lors de l'entrée du malade à l'hôpital.

Mais comme depuis quelque temps aucune modification n'était obtenue dans ce qui restait de la tumeur, M... obtint sa sortie.

Obs. IV. — Le nommé Brillant (Ferdinand), âgé de 32 ans, est entré à l'hôpital le 21 août 1840, service de M. Ricord. En 1836, ce malade avait été traité par M. Ricord d'un chancre induré dont on retrouve encore aujourd'hui la cicatrice. A cette époque, il avait subi un traitement régulier de six semaines par les pilules de proto-iodure de mercure.

En 1838, ce malade était rentré à l'hôpital pour s'y faire traiter d'une syphilide tuberculeuse. Un nouveau traitement amena la guérison.

En 1839, au mois d'avril, le malade éprouva des douleurs dans le testicule gauche; elles durèrent quinze jours environ, et ressemblaient, au dire du malade, à celles que fait éprouver la compression sur un testicule sain : le testicule était augmenté de volume. Interrogé avec soin sur la coïncidence d'une blennorrhagie, le malade affirma très-positivement que non-seulement, lorsqu'il éprouva ces premières douleurs dans le testicule, *il n'avait point de blennorrhagie, mais encore qu'il n'en avait jamais eu.* Après la cessation des douleurs, le testicule n'en resta pas moins plus gros que celui du côté opposé.

Le 19 avril 1840, le malade éprouva pour la seconde fois des douleurs dans le testicule, qui avait encore notablement augmenté de volume. Il était alors environ le double de celui du côté droit; les douleurs se propageaient jusque dans la région inguinale et lombaire.

Tels sont les antécédents du malade entré le 21 août. Voici ce que le malade offrit à notre observation : La tumeur représentait une poire uniformément arrondie, également dure partout, et dont le volume était à peu près trois fois celui du testicule sain. La compression de la tumeur ne déterminait point de douleurs, et ne permettait de constater dans l'organe aucune élasticité. Le canal déférent n'était point douloureux et avait son volume normal. Ce malade fut soumis au traitement par l'iodure de potassium et les pilules de proto-iodure. La compression par la méthode de Fricke fut régulièrement appliquée tous les deux jours avec des bandelettes de sparadrap de Vigo cum mercurio. En quelques jours, la tumeur diminua de plus d'un tiers ; mais ensuite, malgré le traitement régulièrement suivi, la résolution se fit plus lentement, et le 8 octobre, jour de la sortie du malade, le testicule était encore plus dur et un peu plus gros que celui du côté opposé. Le malade a dû continuer chez lui son traitement.

—Dans cette observation, nous trouvons qu'à deux reprises différentes le malade avait éprouvé des douleurs dans le testicule. C'est une exception ; mais encore remarquons qu'elles étaient légères et n'étaient point exaspérées par la pression. J'aurais pu rapporter un plus grand nombre d'observations ; mais c'eût été, ce me semble, complétement inutile. Il en existe, du reste, beaucoup dans les auteurs, et que tout le monde connaît. J'ai eu surtout en vue, en rapportant les faits qui précèdent, d'éclairer l'évolution du testicule syphilitique.

(La suite à un prochain numéro.)

24. *Histoire générale des sept diathèses;* par F. L. GAILLARD, professeur à l'Ecole de médecine de Poitiers, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, etc.

(Suite et fin : *voir* t. IV, avril 1846, p. 213.)

(Gazette médicale de Paris, N° 15, 1846.)

Pour démontrer la réalité des principes exposés dans la première partie de ce mémoire, il suffira d'énumérer les états pathologiques auxquels nous donnons le nom de diathèse; ils sont au nombre de sept; savoir : *diathèses scrofuleuse*, *scorbutique*, *herpétique*, *syphilitique*, *rhumatismale*, *goutteuse* et *cancéreuse*.

Nous aurions désiré ajouter ici un article spécial pour chaque diathèse; mais nous dépasserions les limites d'un simple mémoire : nous appliquerons seulement nos principes à quelques maladies, et nous terminerons par des considérations sur le diagnostic.

L'*entorse simple* guérit toujours; car la douleur des organes malades avertit le blessé téméraire qui voudrait se servir de son articulation avant que la nature ait achevé le travail de réparation. L'imprudent guérit plus lentement; mais il finit toujours par guérir. Les entorses ne deviennent des affections graves que sous l'influence des diathèses. Un malade éprouve un léger tiraillement, une faible distension des ligaments qui forment une articulation; il suffit même que les parties articulaires soient irritées par une contusion, la marche, un exercice quelconque : aussitôt la diathèse se porte dans cette partie; elle augmente, envenime, prolonge la maladie locale. « Dans un grand nombre de cas, la violence extérieure n'est qu'une cause déterminante qui fixe sur l'articulation un principe morbide existant dans l'économie. » (Lisfranc, *Clinique*, t. I, p. 557.)

L'arthrite rhumatismale est caractérisée par des douleurs aiguës qui augmentent au moindre mouvement et s'étendent autour de l'articulation, suivant le trajet des aponévroses; par une faiblesse, une impotence particulière de l'articulation dont la mobilité est d'ailleurs assez bien conservée : on voit en outre peu de gonflement, peu d'altérations organiques, plutôt des fluxions variables qu'un engorgement permanent; les crépitations, les divers bruits articulaires (sauf, bien entendu, ceux qui dépendent de la carie des surfaces osseuses) m'ont paru coïncider surtout avec cette forme de maladie articulaire. L'arthrite rhumatismale est de longue durée; mais elle n'a aucune tendance à s'aggraver. A cette occasion, nous noterons que les fomentations froides et

tous les topiques humides favorisent le développement des affections rhumatismales. Madame D... ne peut supporter, à cause des douleurs excessives qu'elle éprouve, un appareil imbibé d'eau blanche placé autour de l'articulation du pied; on est obligé de tremper les pièces d'appareil dans de l'huile chaude. L'arthrite scrofuleuse ou tumeur blanche se distingue par l'augmentation de volume de l'articulation malade, l'abolition prompte et complète des mouvements, la mollesse élastique, la pâleur, la transparence des tissus infiltrés qui entourent l'articulation et lui donnent sa forme et son nom. Bien que l'altération organique soit plus apparente et qu'elle ait une tendance rapide à s'aggraver, les malades se servent plus longtemps et plus facilement du membre malade que dans le cas d'affection rhumatismale : cela peut tenir à ce que les articulations scrofuleuses sont à la fois plus roides et moins douloureuses.

On m'objectera sans doute que la plupart des faits que j'ai cités sont empruntés à la pathologie externe; mais je prétends que les connaissances acquises dans l'étude des maladies chirurgicales doivent être appliquées aux affections internes. En effet, les maladies chirurgicales ne diffèrent pas, quant à leur nature, de celles qui ont été laissées dans le domaine de la médecine; seulement la position extérieure et superficielle des organes a permis de mieux étudier les modifications diverses qu'ils peuvent subir dans leurs fonctions et dans leur texture. L'observation directe s'est trouvée prête à chaque instant à rectifier la théorie; on a obtenu de suite, et par le plus simple examen, des notions exactes que l'induction seule peut nous procurer quand il s'agit d'organes profondément placés. Voyez quelles affections variées nous présente la pathologie de l'œil. On pourrait, il est vrai, objecter que cet organe spécial ne peut être assimilé aux autres appareils de l'économie; mais le pharynx, sac musculeux, doublé d'une membrane muqueuse, recevant un grand nombre de nerfs et de vaisseaux, ne pourra-t-il pas être considéré comme représentant les viscères membraneux et surtout le tube digestif? Or, l'observation directe signale bien des affections différentes, dont plusieurs diathésiques, lesquelles sont confondues sous le nom commun de *pharyngite:* ainsi la phlegmasie simple, l'irritation herpétique, le rhumatisme des parois, l'exulcération syphilitique, l'ulcère scrofuleux, l'angine couenneuse, etc....., maladies si différentes par leur nature, leurs causes, leur pronostic et leur traitement. Au reste, nous avons vu des toux quinteuses alterner avec diverses éruptions cutanées, des douleurs au col de la vessie être remplacées par un herpès du prépuce, une laryngite opiniâtre

succéder plusieurs fois à un eczéma du gland ; de telle sorte que le malade, orateur éminent, fut obligé de renoncer à des lotions d'acétate de plomb qui ne guérissaient l'éruption qu'en affectant l'organe de la voix. Pour nous, le tubercule pulmonaire n'est qu'une forme de la diathèse scrofuleuse et demande les mêmes moyens de traitement.

Sans rien préjuger sur bien des questions longtemps débattues, on peut, je crois, assurer que les fonctions du tube digestif sont plus fréquemment dérangées que celles des autres appareils. Beaucoup de gens n'ont ni toux, ni dyspnée, ni palpitations, ni migraine ; bien peu, au contraire, digèrent bien en tout temps. Les pesanteurs, les aigreurs, les vents, la constipation, incommodent les trois quarts du genre humain, au moins quant à cette notable portion trop civilisée peut-être qui fait usage des consultations. Ceci s'explique : la respiration s'exerce également, régulièrement ; son aliment est toujours prêt : peu de gens surchargent leur cerveau de manière à s'incommoder, mais pour l'estomac c'est bien différent : l'alimentation est trop copieuse ou insuffisante, ou de mauvaise qualité ; elle est ingérée sans régularité et sans qu'on tienne compte des besoins et des souffrances de l'organe ; puis les fatigues, les commotions physiques et morales retentissent d'abord à ce viscère qui, surmené à la fois et mal pansé, travaille en conséquence. Il faut encore noter que toutes les affections aiguës, catarrhes, exanthèmes, etc., provoquent, à leur début, la perte d'appétit et le dégoût. De cette énumération des troubles fonctionnels de l'appareil digestif, je ne veux pas conclure à la fréquence de cette fabuleuse gastrite qui a défrayé pendant vingt ans la doctrine physiologique, je veux seulement remonter à l'origine des gastralgies et des entéralgies que nous observons tous les jours.

Résumons la question en deux points : 1° la diathèse rhumatismale est fort commune, nul pour ainsi dire n'en est exempt ; 2° l'état normal du tube digestif est souvent altéré par diverses causes. La structure fibro-musculaire de ce canal, son étendue, son incessante activité, le rendent très-vulnérable et le disposent à devenir un centre de fluxions rhumatismales.

Le *diagnostic général* et *différentiel* des maladies diathésiques s'établit sur plusieurs circonstances :

1° La maladie est chronique, c'est-à-dire qu'elle persiste et se prolonge sans qu'on puisse en prévoir le terme.

2° Le malade a été atteint précédemment de douleurs rhumatismales, d'éruptions herpétiques, d'engorgements ganglionnaires et autres affections qui annoncent l'existence d'une diathèse.

3° Dans l'origine de la maladie actuelle, le sujet s'est trouvé exposé à des influences qui ont bien pu altérer profondément l'économie : ainsi l'action prolongée du froid humide engendre des rhumatismes, un chancre huntérien donne naissance à la syphilis constitutionnelle.

4° Les manifestations locales offrent des caractères spéciaux qui indiquent la nature de la cause génératrice. Ce point n'a pas besoin d'être prouvé. Le praticien est-il bien embarrassé pour reconnaître les syphilides à leur siége, à leur couleur cuivrée, à leur végétation active ; les ulcères scrofuleux à leur teinte bleuâtre, au décollement de leurs bords, au liquide clair qu'ils sécrètent ; le rhumatisme à l'intensité, à la mobilité de la douleur, à l'absence de lésion organique.

5° Dans les cas de doute, on tâte par des médications spéciales la maladie à laquelle on a affaire, et les résultats avantageux ou nuisibles qui surviennent nous éclairent sur la nature du mal. Une jeune dame était atteinte d'engorgements sous-cutanés et d'ulcérations rongeantes qui offraient plusieurs caractères de la syphilis constitutionnelle. Les pilules de Dupuytren, administrées pendant une quinzaine de jours, ne produisirent point de bons effets ; on les remplaça par le quinquina à l'intérieur et à l'extérieur. L'amélioration fut prompte et décisive, parce que cette lésion était causée par une diathèse scrofuleuse.

6° Si les antécédents du malade nous éclairent sur l'existence d'une diathèse, on peut dire aussi que les phénomènes consécutifs viennent souvent démontrer la réalité de certaines causes qui avaient été seulement soupçonnées, ou même tout à fait méconnues. Un gastralgique est pris d'une douleur à l'épaule, et son estomac se trouve dégagé. Une toux sèche et irritante disparaît à l'instant où survient un eczéma aux cuisses. Parfois ces symptômes diathésiques apparaissent plusieurs années après la guérison, et nous expliquent la marche capricieuse, les caractères insolites et la résistance opiniâtre de la maladie que nous avons laborieusement vaincue. Je joindrai ici quelques exemples de ces difficultés de diagnostic.

Obs. I. — M. D., âgé de 50 ans, est atteint, au mois d'août 1840, d'une *douleur au col de la vessie* avec érections pénibles, pollutions fréquentes, mêlées de sang clair. Cette indisposition dure trois semaines, puis disparaît. Sa nature nous aurait paru fort obscure si nous n'avions pas connu les antécédents de M. L. ; mais nous lui donnons des soins depuis longtemps, et nous savons que cette même douleur s'est portée tantôt à l'intestin avec évacuations abondantes, tantôt à l'estomac avec vomisse-

ments répétés pendant vingt-quatre heures, anxiété, agitation; elle s'est fixée au cœur, et pendant plusieurs jours le malade a éprouvé des palpitations; son pouls est devenu irrégulier et intermittent; tantôt enfin la douleur, sous forme névralgique, a occupé les parois du ventre et de la poitrine. Chaque fois que ces douleurs rhumatismales se portent sur un point, elles abandonnent complétement les autres.

Obs. II. — Madame D. est née en Vendée; elle a souffert de toutes les horreurs de cette terrible guerre de 1792 : bivouac dans les champs de genêts pendant les nuits pluvieuses; séjour prolongé dans les prisons de la république. Cependant sa santé n'était pas gravement altérée. A l'époque de sa troisième couche, elle éprouve des *douleurs d'estomac mêlées d'étouffement* qui résistent à un grand nombre de moyens, et ne cèdent qu'à plusieurs saisons des eaux de Néris. Depuis, la santé de madame D. a été vacillante; elle a été atteinte de diverses affections de nature rhumatismale : ainsi une paralysie du bras pendant une année. En ce moment, 1840, la diathèse rhumatismale est vague; elle se porte à l'abdomen et détermine des coliques; elle se fixe à la tête et cause une céphalée opiniâtre, des douleurs dans les gencives. Madame D. éprouve aussi parfois dans les épaules, les bras et les mains, des roideurs, des douleurs profondes, un affaiblissement, une sensation de froid. Madame D. a besoin de passer l'hiver au coin de son feu; elle se refroidit avec la plus grande facilité; elle est obligée de s'emmailloter dans un vêtement de laine. Le diagnostic de la gastralgie rhumatismale a été confirmé par les phénomènes consécutifs.

Obs. III. — Madame B. est atteinte, le 6 juin 1845, d'envies fréquentes d'uriner avec ténesme, douleurs très-aiguës. Cette affection se prolonge pendant plusieurs jours; sa nature nous est révélée par les circonstances suivantes : Madame B. a éprouvé un eczéma chronique du cuir chevelu, une irritation chronique du col utérin que M. Marjolin a rapportée à la même cause; parfois une toux sèche, quinteuse, opiniâtre, irritante, qui a subitement disparu au moment où sont survenues les douleurs de vessie.

Obs. IV. — Le 31 mai 1842, M. X. me consulte pour une angine qui dure depuis douze ans avec des exacerbations périodiques et malgré l'emploi d'un grand nombre d'astringents, d'antiphlogistiques, etc. La muqueuse qui tapisse le fond du pharynx est inégale et couverte d'une douzaine de petits mamelons ou monticules ovales de haut en bas, ayant 6 millim. dans un sens et 4 dans l'autre. Cette disposition anatomique dont j'avais

reconnu la signification, me fit diagnostiquer une cause herpétique, et, quelques mois plus tard, une éruption de pityriasis qui eut lieu sur le visage, confirma l'exactitude du jugement que j'avais porté. Des bains de Baréges, l'insufflation d'une poudre composée d'un septième de calomel et de six septièmes de sucre candi, ont beaucoup amélioré l'état du malade.

Obs. V. — Notre excellent confrère, le docteur X., est robuste et d'une bonne constitution. En 1820, il est atteint subitement d'une douleur profonde vers la base du crâne et d'une amaurose qui dure trois jours; puis successivement, d'année en année, il éprouve des céphalées intenses et opiniâtres, des palpitations violentes, des oppressions avec toux férine, hémoptysie, puis, pendant une année, des douleurs abdominales qui sont enlevées par trois bains des eaux du Mont-d'Or. Plus tard, M. X. ressent des douleurs dans les articulations maxillaires avec impossibilité de manger, puis d'autres douleurs avec gonflement énorme des genoux. En 1844, ces diverses souffrances ont successivement disparu *sans laisser aucune trace;* mais pendant dix jours M. X. ressent des douleurs aiguës accompagnées d'une contraction spasmodique du sphincter de l'anus. Il y a des élancements insupportables qui s'étendent au canal de l'urèthre et à tout l'abdomen (diath. rhumat.).

Obs. VI. — Mademoiselle C. est âgée de 22 ans, d'une bonne constitution : depuis nombre d'années elle souffre continuellement d'un défaut d'appétit, de douleurs d'estomac, d'une constipation invincible remplacée de temps en temps par des coliques aiguës avec diarrhée. Le 9 janvier 1839 : depuis quelques jours, il existe une douleur avec gonflement et rougeur dans les deux articulations du gros orteil, avec les métatarses. Depuis ce moment, l'appétit est devenu bon, les digestions faciles. La diathèse s'est déplacée.

Obs. VII. — Madame B., âgée de 75 ans, est depuis longtemps atteinte de la goutte. Au mois de décembre 1840, elle éprouve pendant trois semaines une toux opiniâtre, accompagnée d'étouffements. Tout à coup survient une douleur aiguë dans le bras gauche, et les souffrances de la poitrine disparaissent de suite.

Obs. VIII. — Un receveur, âgé de 36 ans, me consulte pour une affection d'estomac dont il souffre depuis plusieurs années. On me prescrit, dit-il, l'eau de gomme et le laitage; mais mon estomac a horreur de l'eau de gomme et ne peut supporter le lait. A mes yeux, cette circonstance était décisive, et j'affirmai au malade que ses souffrances ne tenaient pas à une gastrite chro-

nique, comme il le croyait, mais à une gastralgie rhumatismale ; car, dans ce dernier cas, l'estomac s'accommode mal des émollients et du régime lacté. Je dois dire que l'ancienneté de la maladie, l'absence de lésion organique, la lenteur du pouls, la pâleur et la mollesse de la langue, confirmaient mon diagnostic.

Obs. IX.—Madame de Z. est atteinte, sans cause connue, d'une leucorrhée abondante : le mucus est jaunâtre, épais, puriforme ; la muqueuse vaginale est hérissée de granulations rouges et enflammées. Un traitement local continué pendant plusieurs mois, des cautérisations répétées avec le nitrate d'argent, parviennent enfin à guérir cette maladie, qui m'a étonné par sa ténacité. Depuis, j'apprends que madame de Z. est atteinte d'un eczéma chronique du cuir chevelu, et l'existence d'une diathèse herpétique m'explique les phénomènes observés.

Obs. X. — M. S. est atteint, en 1836 et 1837, de douleurs rhumatismales vagues. En 1840 et 1841, il éprouve une gastro-entéralgie qui résiste à beaucoup de moyens, pris surtout dans la classe des antiphlogistiques. Vers la fin de 1841, apparaissent des douleurs dans les bras, avec gêne dans les mouvements. Dès lors santé parfaite, cessation de l'entéralgie. Cette dernière circonstance a fixé le caractère de la maladie intestinale, qui avait été considérée comme une *phlegmasie* chronique par plusieurs médecins.

—En résumé, beaucoup d'affections chroniques, nous dirions volontiers la plupart des affections chroniques sont entretenues par des causes générales auxquelles doivent alors s'adresser nos principales médications.

---

25. *Cliniques médicales.*

(Gazette médicale de Paris, N° 16, 1846.)

I. *De l'affection granuleuse du pharynx.*

Nous appellerons aujourd'hui l'attention des praticiens sur une affection chronique du pharynx peu connue, et qui n'a pas encore été décrite, que nous sachions, et à peine signalée : nous voulons parler d'une forme particulière d'angine gutturale caractérisée par l'aspect mamelonné et granuleux de la muqueuse du pharynx, et qui, par cette disposition, offre une grande analogie avec les granulations utérines. Nous esquisserons les principaux traits de l'histoire de cette affection d'après la description qu'en a faite récemment M. Chomel, à sa clinique, à l'occasion de deux ou trois cas de ce genre qui se sont présentés à la même époque dans ses salles.

Depuis un an environ que l'attention de M. Chomel a été portée sur cette affection, il en a recueilli environ 30 cas, dont 22 ont été vus et observés par lui-même, et les autres par M. Henry Guéneau de Mussy, son chef de clinique. M. Marjolin en a également rencontré un certain nombre qui sont venus confirmer les observations de M. Chomel. C'est d'après l'ensemble de ces faits que le professeur de l'Hôtel-Dieu a essayé d'en tracer l'histoire.

Cette affection paraît se montrer plus particulièrement à l'âge adulte. Il n'en a pas été rencontré au-dessous de 15 ans. Le plus grand nombre avait plus de 20 ans. Les deux sexes ne paraissent pas y être également sujets : 17 sur 22 appartenaient au sexe masculin. Cette observation a été confirmée par M. Marjolin, qui a également remarqué que cette affection était beaucoup plus commune chez les hommes que chez les femmes ; ce qui l'a porté à penser que les granulations pharyngiennes remplaçaient en quelque sorte, chez les hommes, les granulations utérines auxquelles les femmes sont, comme on le sait, si sujettes. Il ne paraît pas cependant que ces deux formes de l'affection granuleuse s'excluent ; car, sur les 17 sujets du sexe féminin dont il vient d'être question, 3 avaient en même temps des granulations utérines.

M. Chomel signale une circonstance qui peut être importante au point de vue étiologique : c'est que les individus chez lesquels on a observé l'affection granuleuse du pharynx sont en général, comme les femmes atteintes de granulations utérines, sujets aux affections herpétiques, et particulièrement à l'acné.

Quelle est la cause de cette affection ? Voici quelques-unes des circonstances principales auxquelles M. Chomel croit pouvoir assigner le rôle de causes. En première ligne, une conformation particulière des os maxillaires supérieurs, dont la voûte est disposée en ogive. Il résulte effectivement de cette disposition de la voûte palatine des modifications qui peuvent, jusqu'à un certain point, rendre compte de la production de ces phénomènes morbides : ces modifications sont l'étroitesse des fosses nasales, le raccourcissement des lèvres qui ne s'appliquent jamais hermétiquement l'une contre l'autre, et qui, pendant le sommeil surtout, restent constamment entr'ouvertes. Les sujets ainsi conformés dorment habituellement la bouche ouverte, et à leur réveil ils ont toujours la bouche sèche. Par suite de cette circonstance, les follicules du pharynx se développent outre mesure, comme pour suppléer à la sécrétion des humeurs buccales incessamment desséchées par le passage réitéré de l'air. Cette disposition a été constatée chez plusieurs des sujets atteints de cette affection.

Enfin, et cette dernière circonstance semble venir à la fois confirmer cette vue étiologique et rendre raison de la plus grande fréquence de l'affection chez les hommes que chez les femmes, les personnes sur lesquelles la maladie a été plus souvent observée sont des chanteurs, des orateurs, des avocats, des professeurs ou des instituteurs, en un mot des individus qui font un grand exercice de la parole et de la voix.

L'affection granuleuse du pharynx débute ordinairement d'une manière insensible et lente. Elle ne se manifeste le plus ordinairement au début que par une sensation de gêne si peu considérable, que les malades n'y prêtent le plus souvent aucune attention : ce n'est, dans quelques cas, que par la fréquence insolite de l'expuition qu'ils sont avertis de cet état. Les phénomènes qui caractérisent cette affection sont un sentiment obscur de gêne dans l'arrière-gorge, avec sensation de sécheresse et sécheresse réelle ; une certaine impression de démangeaison ou d'âcreté dans cette région, qui détermine de fréquents mouvements de déglutition involontaire et d'expuition sonore. Chez quelques individus, ces diverses sensations se prolongent jusque dans l'œsophage : elles sont fréquemment accompagnées d'un besoin de boire. L'expectoration offre un caractère particulier : c'est un liquide muqueux, gluant, transparent, qui s'échappe sous forme de globules, d'une teinte légèrement opaline, offrant quelques stries noirâtres, ardoisées. La voix est toujours plus ou moins altérée.

A l'examen de l'arrière-bouche, on trouve la membrane muqueuse du pharynx couverte de petits points rouges se présentant le plus ordinairement sous la forme et le volume de petits grains de chènevis ; d'autres fois ces points sont plus saillants, plus volumineux et lenticulaires, tantôt ovoïdes ou bien en forme de larmes. Dans quelques circonstances, les granulations sont groupées de manière à représenter, soit un chapelet, soit une sorte de pilastre. Ces formes sont du reste extrêmement variées : on ne saurait mieux les comparer, dans quelques cas, qu'à des sortes d'arabesques ; la forme la plus commune est celle de disques ou de mamelons. Le mal est rarement borné au pharynx ; le voile du palais, la luette, présentent le plus ordinairement quelques petits points rouges, granulés, de même nature, mais plus discrets : c'est toujours au pharynx qu'on les trouve en plus grande abondance. Dans les intervalles qui séparent ces granulations, la muqueuse conserve son aspect ordinaire.

La marche de cette affection est constamment chronique : elle est marquée par des rémissions et des exacerbations alternatives ; les malades éprouvent en général une plus grande gêne dans les

temps froids et humides. Sa durée est illimitée ; elle ne cesse jamais d'elle-même, elle résiste même quelquefois à tous les moyens de traitement qu'on dirige contre elle. Sur 14 sujets atteints de cette maladie que M. Chomel a eu l'occasion de revoir plus ou moins longtemps après avoir été traités, 4 seulement étaient guéris ; les autres n'étaient que soulagés. Quoique ne compromettant jamais sérieusement la santé, cette affection ne laisse pas que d'offrir une certaine gravité par sa ténacité, par la résistance qu'elle oppose aux moyens thérapeutiques, aussi bien que par la gêne continue qu'elle occasionne.

Le diagnostic n'en est pas difficile. Une fois l'attention fixée sur ses principaux caractères, il suffit d'une simple inspection quelque peu attentive de l'arrière-gorge pour la reconnaître. Son siége est dans les follicules mucipares du pharynx ; elle consiste dans une hypertrophie de ces follicules, qui sont en très-grand nombre dans cette région.

Parmi le petit nombre de médecins qui ont porté leur attention sur cette affection, quelques-uns l'ont traitée comme une inflammation chronique, mais sans succès. Sa coexistence avec les maladies cutanées a donné l'idée de recourir aux préparations sulfureuses et aux amers. On a essayé en particulier l'usage des eaux-bonnes en boisson, en gargarisme et en bains. M. Chomel leur préfère l'eau d'Enghien. Il pense que les bons effets qu'a produits cette eau dans quelques cas doivent être attribués en partie à la présence dans cette eau d'une petite proportion de chaux. Il a essayé encore les gargarismes avec divers liquides astringents, les insufflations d'alun, les gargarismes avec l'alun ou le borax ; mais ces moyens ne lui ont paru en général n'avoir qu'une efficacité douteuse et temporaire. Lorsque ces sortes d'angines sont tenaces, les seuls moyens sur lesquels on puisse compter sont les caustiques. Les caustiques liquides en particulier lui ont paru avoir une action plus prompte et plus sûre que les caustiques solides ; aussi est-ce aux premiers qu'il accorde la préférence.

II. *Péritonite sans perforation dans le cours de la fièvre typhoïde.*

Les deux observations suivantes ont été recueillies, à quelques jours de distance, dans le service de M. Rayer, à l'hôpital de la Charité. Elles offrent un exemple rare d'un fait pathologique contesté par plusieurs observateurs : l'invasion d'une péritonite mortelle, dans le cours d'une fièvre typhoïde, sans perforation intestinale.

Fièvre typhoïde grave; otite; abcès multiples et péritonite sans perforation.

Obs. — Un jeune garçon de 18 ans, ouvrier maçon, est entré le 10 février 1846 à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Michel, n° 2 (service de M. Rayer), présentant tous les symptômes qui caractérisent le début d'une fièvre typhoïde grave : diarrhée, maux de tête, lassitudes spontanées, courbature. A ces premiers symptômes succèdent bientôt de la constipation, le ballonnement du ventre, délire nocturne, expression très-prononcée d'hébétude, fréquence du pouls, quelques taches disséminées sur l'abdomen et sur la poitrine. Il y a eu une seule fois une épistaxis peu abondante.

Du 15 au 20, la maladie suit sa marche ascendante ; le délire augmente au point que l'on est obligé d'attacher le malade dans son lit ; la langue et les dents se couvrent d'un enduit noirâtre ; la prononciation devient difficile ; douleurs dans le dos, dans les jambes et dans l'abdomen ; cris perçants ; mouvements involontaires des lèvres, soubresauts des tendons, altération des traits, etc.

La maladie reste stationnaire jusqu'au 25 mars. A partir de ce jour, tous ces symptômes s'amendent lentement. A cette époque, le malade perd l'ouïe du côté droit. Un lavement est suivi d'une évacuation abondante ; le ballonnement du ventre diminue, le malade éprouve du soulagement. Deux vésicatoires, appliqués à la partie interne des cuisses, ont paru avoir contribué à l'amélioration.

Vers la fin de mars, il y a un mieux très-marqué ; le malade commence à avoir un peu d'appétit. Le 5 ou le 6 mars, un écoulement de pus assez abondant et peu douloureux a lieu par l'oreille droite ; l'audition, qui depuis quelques jours ne se faisait plus, revient en ce moment.

Du 6 au 12, la convalescence paraissait définitivement établie ; le décubitus dorsal n'avait occasionné qu'une légère eschare au sacrum. A cette époque, le malade se plaint d'une légère douleur au niveau du cartilage de la sixième côte à droite : l'exploration fait reconnaître en cet endroit un abcès de la grosseur d'une noix ou un peu plus, dont l'ouverture donne issue à un pus sans odeur ressemblant à celui des abcès phlegmoneux. Le surlendemain, on en reconnaît un second sur le côté droit de l'abdomen.

Le 15, nouvel abcès à la région postérieure du cou ; celui-ci s'ouvre de lui-même et suppure pendant quelques jours.

Le 22, deux nouveaux abcès, dont un s'est ouvert spontané-

ment à l'une des cuisses, et l'autre, siégeant à la fesse gauche, a été ouvert par le bistouri.

Outre ces cinq abcès, il s'en est développé dans le même temps plusieurs petits autour des premiers ; il y en a eu en tout neuf ou dix dans l'espace de dix jours. Ils ont tous suppuré pendant quatre ou cinq jours; celui de la fesse a donné plus de pus que tous les autres.

Vers la fin du mois de mars, le malade paraissait aller mieux, lorsqu'il est pris, le 29, d'une diarrhée abondante; il a eu ce jour-là cinq garde-robes. La diarrhée a continué les jours suivants, Le 30, il est allé trois fois à la selle : dans la nuit du 30 au 31, il a vomi par trois fois un liquide vert assez épais. Le 31 au matin, la face est pâle, décolorée ; les traits présentent une expression remarquable d'anxiété et de souffrance. Le malade est couché sur le dos, les cuisses un peu relevées sur le bassin ; la pression sur le ventre est douloureuse.

Le lendemain 1er avril, les symptômes s'aggravent ; le malade ne peut pas même supporter la pression d'un cataplasme sur l'abdomen ; il a soif et demande à boire à chaque instant ; le pouls est très-fréquent, à peine sensible ; l'anxiété est de plus en plus grande ; la respiration est courte et saccadée. La marche rapide de ces symptômes fait présumer une perforation intestinale.

Le 2, avant la visite, le malade ne peut parler ; les extrémités sont déjà refroidies. Il meurt à dix heures du matin.

Autopsie. L'autopsie a démontré l'existence d'une péritonite générale. L'intestin a été rempli d'eau depuis le duodénum jusqu'au rectum ; on n'a pas rencontré de perforation.

En ouvrant l'abdomen, on trouve la surface extérieure de l'intestin rouge, chagrinée. On voit d'abord un liquide séro-purulent entre les divers replis de l'intestin. Le petit bassin est plein de pus épais ; on en trouve aussi entre le foie et le méso-colon transverse.

Il y a dans le péricarde un épanchement séreux assez abondant. Dans l'intestin grêle, il y a des plaques de Peyer cicatrisées, d'autres en voie de cicatrisation.

En différents points, surtout vers la fin de l'intestin, il y a amincissement des parois ; il ne reste plus, dans un espace large d'un centimètre, que la muqueuse et la séreuse.

Les reins présentent sur les deux faces des arborisations.

On trouve de fausses membranes disséminées sur le péritoine qui revêt le foie, l'estomac, la rate ; on en trouve aussi dans le péricarde.

La vésicule biliaire est volumineuse et d'un vert très-foncé.

Les plèvres ne présentent pas de fausses membranes.
Les poumons sont parfaitement sains.

Maladie du cœur ; fièvre typhoïde légère ; péritonite sans perforation.

Obs. II. — Un homme âgé de 22 ans, journalier, est entré à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Michel, n° 23, le 29 février, pour une affection du cœur. L'auscultation fait reconnaître un bruit de souffle au second temps ; le malade se plaignait aussi de douleurs rhumatismales dans l'articulation scapulo-humérale et dans l'articulation du coude ; les douleurs n'étaient pas très-aiguës.

Le 15 mars, trois semaines après son entrée à l'hôpital, le malade présente des symptômes non équivoques de fièvre typhoïde : il est pris d'agitation pendant la nuit, de telle sorte que le matin on est obligé de lui mettre la camisole de force ; la langue, qu'il tire avec peine hors de sa bouche, est couverte d'un enduit noirâtre ; les dents se recouvrent de fuliginosités, les yeux sont humides, la peau est couverte de sueur.

Le 17, une saignée et l'application de ventouses sur la nuque procurent du soulagement ; le malade est plus tranquille.

Le 18, on remarque une toux sèche, de l'enchifrènement des fosses nasales ; le râle de la fièvre typhoïde est sensible à droite, les pulsations du pouls ne sont cependant pas très-fréquentes, elles sont fortes et repoussent le doigt. Le malade urine involontairement dans son lit, les garde-robes sont rares. La prostration de la face est très-marquée.

Du 20 au 25, tous ces symptômes s'amendent, l'appétit commence à revenir ; il y a une légère eschare au sacrum.

Les derniers jours de mars, la convalescence semblait établie ; tout à coup, le 1er avril, la face présente une expression frappante d'anxiété, d'angoisses ; le pouls devient fréquent. Le lendemain, 2 avril, le hoquet fatigue beaucoup le malade ; ses yeux sont ternes, son regard fixe ; le décubitus est dorsal. La pression sur l'abdomen est très-douloureuse ; il a évacué abondamment pendant la nuit ; les matières renfermaient quelques stries rougeâtres ; il a saigné abondamment du nez ; l'intelligence est troublée.

La marche très-rapide de ces symptômes avait fait soupçonner une péritonite par perforation. Le malade n'avait en effet vécu que trente-six heures environ après l'apparition des premiers phénomènes. La mort a eu lieu le 3 avril, à trois heures de l'après-midi.

L'autopsie fait reconnaître l'existence d'une péritonite.

L'intestin grêle et le colon ont été remplis d'eau ; on n'a trouvé aucune perforation.

La surface externe de l'intestin grêle était rouge ; sa surface interne, près du cœcum , n'a présenté aucune altération remarquable.

Le petit bassin était rempli d'un liquide séreux, ou plutôt séro-purulent. On n'a pas remarqué de fausses membranes.

Les poumons étaient parfaitement sains.

Quant au cœur, il y avait altération des valvules aortiques.

—Ces faits obligeront à revenir sur une opinion généralement adoptée. La plupart des médecins aujourd'hui n'admettent pas qu'une péritonite avec épanchement de pus puisse avoir lieu dans le cours d'une fièvre typhoïde sans qu'il y ait en même temps une perforation intestinale. Cette opinion a dû paraître d'ailleurs jusqu'à présent d'autant mieux fondée , que dans toutes les observations consignées dans les traités les plus récents, ces accidents formidables de péritonite survenant au déclin des affections typhoïdes, et qui enlèvent les malades en un ou deux jours, ont constamment coïncidé avec une perforation : d'où l'on avait été conduit à conclure que dans le petit nombre de cas où l'invasion de ces péritonites sur-aiguës n'avait point été suivie de mort, les malades avaient guéri *malgré* la perforation. Les deux faits que nous venons de rapporter, en démontrant la possibilité de pareils accidents sans le concours de cette cause, sont de nature à jeter quelques doutes sur quelques-unes des prétendues guérisons de perforation intestinale que l'on aurait obtenues par l'opium à haute dose. Aussi bien ces faits ne sont pas complétement isolés. Un cas semblable avait déjà été constaté par M. Rayer lui-même, il y a quelques années , sur une femme de son service. On trouve dans l'ouvrage de MM. Petit et Serres deux observations de fièvre entéro-mésentérique, l'une avec péritonite aiguë, la seconde avec péritonite chronique , sans perforation. L'une de ces observations présente même par la marche, les symptômes et les lésions trouvées après la mort, une analogie remarquable avec la première de celles que nous venons de rapporter.

Bien que les faits de ce genre paraissent être très-rares, ils n'en viennent pas moins compliquer les difficultés du diagnostic des perforations. Nous disons les *difficultés* du diagnostic des perforations, quoiqu'on soit assez porté en général à considérer ce diagnostic comme facile. Il le serait effectivement si les perforations donnaient toujours lieu instantanément à l'appareil formidable de symptômes que l'on connaît ; mais il n'en est pas toujours ainsi : plus d'une fois des perforations intestinales ont passé

en quelque sorte inaperçues pendant la vie, et n'ont été reconnues qu'à l'autopsie. On en trouve un exemple remarquable dans la trente-deuxième observation de l'ouvrage de M. Louis. D'un autre côté, divers états morbides, tels qu'un obstacle au cours des matières, une indigestion même pendant la convalescence d'une maladie aiguë, ont donné lieu quelquefois à une succession de symptômes absolument semblables à ceux de la perforation. On aura donc à tenir compte encore, dans la supputation des causes de semblables accidents, comme dans l'appréciation des résultats des moyens de traitement employés, de la péritonite spontanée qu'aucun symptôme pathognomonique bien tranché ne saurait, comme on a pu le voir par les détails de ces deux observations, faire distinguer avec certitude d'avec une perforation intestinale.

III. *Paralysie hystérique.*

Les faits de paralysie hystérique ne sont pas très-rares; mais le rapprochement des circonstances graves particulières qu'a présentées la malade dont nous rapportons l'histoire et les résultats constatés à l'autopsie donnent à ce fait un intérêt à part.

Hystérie datant d'environ dix ou onze mois; paralysie incomplète de la vessie; anesthésie des parties supérieures du corps et hémiplégie vers la fin de la maladie; mort; absence d'altération des centres nerveux; épanchement purulent dans l'abdomen.

Obs.—Marcelle B., âgée de 27 ans, domestique, non mariée et n'ayant jamais eu d'enfant, était depuis plusieurs mois dans la division de M. Louis, à l'hôpital Beaujon, pour une affection hystérique, lorsque, sur sa demande de suivre ce médecin, elle fut reçue le 1er janvier 1846 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Joseph, n° 18. Cette fille, d'une constitution moyenne, plutôt un peu délicate, avait cessé d'être réglée depuis le mois de juillet 1845. Déjà, à cette époque, elle avait eu quelques accès d'hystérie. Elle fait remonter l'origine de sa maladie aux suites d'une frayeur. A l'époque de son entrée à l'Hôtel-Dieu, elle n'avait encore que de rares attaques revenant irrégulièrement et à d'assez longs intervalles; le ventre était ballonné, le météorisme diminuait parfois brusquement, mais sans disparaître complétement. La vessie était paralysée; la malade ne pouvait point uriner à volonté; on était obligé de la sonder trois fois par jour. Mais cette paralysie n'était que très-incomplète, car l'urine sortait du pavillon de la sonde par un jet bien formé et qui se projetait assez loin, sans qu'on fût obligé de presser sur le ventre pour la faire sortir. Il n'y

avait du reste aucun trouble de l'intelligence, à moins qu'on ne veuille appeler ainsi une mobilité singulière dans les idées, une vive impressionnabilité et une susceptibilité telle, que le plus léger reproche provoquait des pleurs.

Dans les premières semaines du séjour de la malade à l'hôpital, les attaques deviennent plus fréquentes ; elles surviennent tantôt toutes les vingt-quatre heures, tantôt tous les deux jours ; d'autres fois elles sont séparées par un intervalle de plusieurs jours. La moindre contrariété les provoque : lorsque, par exemple, on ne vient pas sonder la malade aux heures habituelles, elle a presque inévitablement une attaque.

Du 7 au 10 janvier, il survient une modification particulière dans les urines : elles perdent leur limpidité habituelle ; avec les dernières gouttes s'écoule une matière jaune qui forme au fond du vase un dépôt opaque au-dessus duquel apparaît, après le refroidissement, une couche glaireuse. Cet état se dissipe après plusieurs jours d'usage d'eau de Vichy.

Le 14, les urines sont redevenues transparentes ; le ballonnement du ventre persiste ; les attaques se représentent comme à l'ordinaire.

A dater du 17, les attaques se reproduisent tous les jours ; elles sont précédées d'un état nerveux très-pénible pendant lequel le pouls s'accélère, les yeux se tournent en dehors, la figure devient turgescente. Bien que pendant l'attaque la malade ne réponde pas aux questions qu'on lui adresse, elle les entend et ne reste étrangère à rien de ce qui se passe autour d'elle. Elle ne rend point d'écume ; les pouces ne sont point fléchis et serrés dans la main, comme chez les épileptiques ; elle éprouve seulement des soubresauts des tendons. L'attaque est toujours très-violente ; la malade, malgré la surveillance active dont elle est l'objet, se jette quelquefois hors de son lit.

Rien de nouveau jusqu'au 30 mars. La malade est prise à cette époque d'une douleur très-vive dans la tête avec sensibilité excessive à la lumière, bourdonnement d'oreille ; elle est tourmentée par quelques hallucinations, par des visions pénibles ; du reste elle répond juste aux questions qu'on lui fait. Point d'attaque ; pouls accéléré, de 110 à 115, petit ; peau sudorale, un peu chaude. Rien du reste du côté de la respiration ni du côté des voies digestives.

Le 31, même état que la veille ; de plus, aux accidents signalés viennent s'ajouter, dans la journée, de l'insensibilité à la peau du front et à tout le côté droit de la face, et une semi-anesthésie de tout le reste de la moitié droite du corps. Le bras et la

jambe de ce même côté présentent en outre un certain degré de contracture.

Le 1er avril. Insensibilité presque complète de tout le côté droit du corps. La malade ne sent que lorsqu'on la pince très-fortement. Les membres de ce côté offrent une certaine roideur ; les efforts que l'on fait pour les étendre causent de vives douleurs. La moitié droite des parois abdominales est dure, tendue et contracturée. Par suite de cet état, le ventre semble partagé en deux globes inégaux par une bride tendue qui s'étend depuis la partie antérieure du thorax jusqu'au pubis. Il existe également de la roideur dans les muscles du cou ; tremblement général de tous les membres ; sentiment continuel de froid ; cris arrachés de temps en temps par des élancements dans la tête et dans le ventre ; respiration fréquente. Rien à l'auscultation ni à la percussion. (Prescript. : saignée, 300 grammes ; sangsues le soir conditionnellement sur le côté droit du cou ; lavement purgatif ; potion gommeuse avec 4 centigrammes d'extrait gommeux.)

Le soir, les douleurs de tête persistent, malgré la saignée ; elle éprouve quelque perturbation des sens ; la vue, qui était déjà affaiblie, se trouble davantage ; elle dit ne plus entendre de l'oreille droite. Il est survenu un léger frisson et quelques envies de vomir.

Le 2 avril, la contracture existe dans tout le côté droit ; sensibilité excessive de la tête, au point que la seule application de la main sur le front détermine une vive douleur ; élancements par instants dans le ventre ; insensibilité sur toute la poitrine.

La malade a un accès pendant la visite ; les deux côtés du corps sont également agités de mouvements spasmodiques. (15 sangsues conditionnellement derrière le cou.)

Le soir, la malade a eu deux épistaxis ; elle est plus calme, un peu assoupie. Persistance de la contracture dans le bras et la jambe du côté droit. Douleur dans la région postérieure et latérale droite de la tête, augmentant par la pression ; insensibilité dans la région supérieure du crâne, sur le front et la joue droite ; insensibilité sur toute la poitrine. Sensibilité obtuse du bras droit, intacte au bras gauche ; insensibilité absolue du membre inférieur droit et du côté droit du ventre ; sensibilité obtuse à gauche. Strabisme persistant ; abolition de l'odorat ; perturbation des sensations ; la malade est en proie à des visions bizarres, à des hallucinations qui la tourmentent pendant une partie de la nuit.

Le 3 et le 4, la malade est à peu près dans le même état.

Le 5, elle se plaint de douleurs très-vives dans le flanc gauche,

elle n'a plus de douleur de tête ; le ventre est beaucoup moins volumineux. (12 gouttes de laudanum dans un demi-verre d'eau ; vésicatoire sur le côté du ventre ; potion avec 7 centigrammes d'hydrochlorate de morphine.)

Le soir, la sensibilité et la motilité sont revenues partout ; la malade remue librement ses membres et avec la même force ; la contracture est également dissipée, les muscles sont redevenus mous et souples ; les yeux ont repris leur aspect naturel ; la vue et l'ouïe sont intactes ; intelligence parfaitement nette ; point de mal de tête. Le ventre est moins volumineux que les jours précédents, mais toujours excessivement dur, tendu et comme bridé longitudinalement par la contracture des muscles droits. Les mouvements des membres, et plus particulièrement de ceux du côté gauche, provoquent des douleurs vives dans l'épigastre et le côté gauche du ventre. La malade paraît d'ailleurs profondément affaiblie ; la respiration est fréquente, il y a de la dyspnée ; à l'auscultation, on constate que la respiration est vésiculaire, mais faible, dans toute l'étendue de la poitrine. La rétention d'urine persiste toujours.

Le 6, la malade a été prise, dans la nuit, de vomissements verdâtres presque continuels. (Potion avec 6 centigrammes d'hydrochlorate de morphine.)

Le soir, elle est prise de nouveau d'efforts répétés de vomissement. Le ventre est toujours tendu et douloureux. Mouvement et sensibilité intacts ; expression profonde d'abattement.

Le 7, les vomissements continuent ; persistance des douleurs dans le ventre et dans la tête. Le ventre est moins volumineux, toujours tendu et douloureux ; soif vive, sentiment de sécheresse et de brûlure à la bouche. Depuis deux jours, la malade urine seule dans son lit et d'une manière intermittente. (1 gramme de sirop d'éther.)

Le 8, même état ; efforts de vomiturition et d'expuition ; dyspnée ; faiblesse croissante ; selles et urines involontaires. La malade se plaint surtout de douleurs dans les poumons ; elle a le sentiment de sa fin prochaine. Sensibilité, motilité et intelligence intactes.

Elle succombe le 9 à trois heures du matin.

Autopsie le 11 avril. — Pas de traces d'altération cadavérique, roideur moyenne.

Tête. — Un peu d'infiltration transparente des méninges, qui sont d'ailleurs parfaitement saines. On n'y remarque ni rougeur, ni épaississement, ni suppuration.

Les circonvolutions cérébrales sont très-légèrement aplaties à

leur sommet seulement; leurs sillons ne sont pas effacés, on y remarque un peu de sérosité transparente.

La pulpe cérébrale a partout une consistance normale ; la substance grise est peu colorée ; la substance blanche à peine piquetée, excepté dans un point d'une étendue de 1 centimètre carré environ, situé en avant des corps striés du côté gauche, où l'on trouve sur un fond un peu rosé une injection pointillée, rouge, très-abondante, sans altération aucune dans la consistance de la pulpe cérébrale.

Les ventricules contiennent une demi-cuillerée à café environ de sérosité. Les corps striés, les couches optiques, sont parfaitement sains, ainsi que les méninges ventriculaires et celles qui recouvrent le cerveau et le cervelet lui-même. Le cerveau et le cervelet, coupés par tranches dans tous les sens, ne présentent pas la plus légère altération. Enfin, la moelle, examinée avec le plus grand soin dans toute son étendue, est trouvée parfaitement saine, ainsi que les méninges rachidiennes.

Abdomen. — La cavité abdominale contient environ un litre de pus jaunâtre au milieu duquel nagent des flocons blanchâtres disséminés entre les circonvolutions intestinales ; le pus est ramassé surtout en très-grande abondance dans le petit bassin, où il est plus jaune, plus consistant que dans les autres parties. On en trouve dans l'hypochondre gauche, autour de la rate et de l'estomac. La surface séreuse des intestins, ainsi que le péritoine pariétal, présentent une injection capilliforme peu serrée ; les gros et petits intestins, ainsi que l'estomac, sont modérément distendus par des gaz. La muqueuse gastro-intestinale ne présente rien de notable, si ce n'est quelques légères injections disséminées çà et là. Le foie, les reins et la rate sont à l'état normal.

La vessie ratatinée, revenue sur elle-même, un peu épaissie, n'offre d'autre altération qu'une injection brunâtre de la membrane muqueuse. Le canal de l'urèthre est d'un rouge prononcé, marbré de points bruns.

Le vagin est blanc à sa partie supérieure, d'un rouge vineux à sa partie inférieure.

L'utérus est parfaitement sain.

Les trompes sont rouges, injectées, surtout vers leur partie externe la plus rapprochée du pavillon. On en fait sortir par la pression un pus laiteux. En les ouvrant, on trouve dans tout leur trajet un liquide puriforme qui prend une couleur de plus en plus foncée à mesure qu'on s'approche de leur insertion à l'utérus ; d'un blanc laiteux près des pavillons, il devient séro-sanguinolent, rougeâtre, puis brun au niveau du corps, bien que

dans l'intérieur de la cavité utérine on ne trouve aucun liquide analogue. Les franges des pavillons des trompes sont boursoufflées. Le repli qui unit la trompe à l'ovaire est légèrement infiltré.

Les ovaires, recouverts de quelques plaques pseudomembraneuses, sont volumineux et d'une consistance lardacée. L'ovaire du côté droit est plus volumineux que le gauche. Leur tissu est notablement altéré.

Rien dans le cœur ni dans les poumons.

— Nous avons dû supprimer de cette observation, déjà un peu longue, un grand nombre de détails qui ne laisseraient pas que d'avoir de l'intérêt pour l'histoire des phénomènes si variés et si bizarres de ces sortes d'affections. Ce qui nous a paru devoir être plus particulièrement signalé dans cette curieuse observation, c'est, d'une part, cette forme hémiplégique persistante, même en l'absence des accès, bien faite pour en imposer aux yeux des meilleurs observateurs pour une affection organique des centres cérébro-spinaux, bien qu'en réalité l'autopsie n'ait révélé, ainsi qu'on a pu le voir, aucune lésion appréciable dans ces organes ; c'est, d'autre part, un fait qui n'est pas moins digne d'attention, la présence d'un épanchement puriforme ou plutôt de pus véritable dans la cavité abdominale et dans les trompes, sans qu'aucun des symptômes si nombreux et si variés observés pendant la vie ait pu faire soupçonner l'existence d'une inflammation, dont on n'a trouvé d'ailleurs sur le cadavre aucune trace, capable, du moins, d'expliquer la formation du pus. Ce dernier point mériterait à lui seul une étude toute particulière ; mais il se rattache à un ordre de considérations plus général, qui sera abordé plus tard.

La paralysie hystérique a été l'objet d'une étude toute spéciale de la part du docteur Wittson, qui a publié dans le temps un travail remarquable sur ce sujet. Il a fait connaître un certain nombre d'observations d'hystérie où l'affection primitive était compliquée de paralysie complète ou incomplète, soit des mouvements, soit de la sensibilité, et qui, dans presque tous les cas, s'est dissipée au bout d'un temps plus ou moins long sans laisser aucune trace. Nous avons nous-même été témoin de quelques faits de ce genre ; mais la mort n'ayant eu lieu dans aucun de ces cas, il n'avait pas été possible de constater la relation qui pouvait exister entre ces phénomènes paralytiques et l'état des centres nerveux. La constatation de l'absence de toute lésion appréciable dans ces organes, à une époque aussi rapprochée de celle où ont eu lieu les phénomènes d'anesthésie et de contracture paralytique, est un fait important à enregistrer.

Ce sujet a offert en outre une circonstance assez commune chez les hystériques, et qui n'est pas moins digne d'intérêt : nous voulons parler de la rétention d'urine. La vessie, loin d'être distendue, amincie, comme dans les cas de paralysie réelle de longue date, était au contraire contractée, ratatinée, et ses membranes épaissies. Il serait difficile de voir là les effets d'une paralysie véritable. Ne serait-il pas plus naturel de penser, avec Brodie, qui a publié des recherches intéressantes sur quelques-unes des affections locales dépendantes de l'hystérie, que ce symptôme, comme la paralysie hystérique, dépend moins de ce que les muscles ont perdu le pouvoir d'obéir à la volonté, que de ce que celle-ci a cessé de s'exercer? Quoi qu'il en soit de cette explication, la paralysie de la vessie paraît devoir être rattachée naturellement au même ordre d'influence que celle qui a frappé d'impuissance les autres parties du corps, c'est-à-dire à une perturbation nerveuse dont la nature a échappé jusqu'à présent aux investigations anatomiques.

Il y aurait fort long à dire encore sur ce sujet, si l'on voulait reprendre un à un tous les symptômes nerveux si bizarres et si variés en présence de l'intégrité des organes cérébro-rachidiens. Nous nous bornons à le signaler à l'attention et à la méditation des physiologistes.

IV. *Sulfate de quinine.*

Les études sur le sulfate de quinine étant à l'ordre du jour, nous rapprochons comme documents utiles à consulter au besoin les deux faits suivants où, tandis que cette médication s'est montrée impuissante contre des accès intermittents, elle a paru avoir une influence marquée sur la guérison rapide d'une affection pyrétique essentiellement continue, un rhumatisme articulaire.

Fièvre intermittente à la suite de couches; insuccès du sulfate de quinine.

Obs. I. — Une jeune femme, entrée le 26 février dans les salles de M. Louis, à l'Hôtel-Dieu, accoucha le même jour. Le troisième jour, elle fut prise de frissons légers, suivis de chaleur et de sueurs. Depuis cette époque, de pareils frissons se sont renouvelés tous les jours sous forme d'accès, mais sans régularité. Dans l'intervalle, la malade n'avait point de fièvre ; le pouls était naturel : elle avait seulement de l'inappétence.

Après plusieurs jours d'accès répétés, le 10 mars, M. Louis prescrit : sulfate de quinine, 3 décigrammes.

Le 11, l'accès revient dans le milieu de la journée. (Même prescription.)

Le 12 et le 13, même accès vers 3 ou 4 heures de l'après-midi. Jusque-là ils étaient survenus à différents instants du jour.

Le 14, nouvel accès, mais plus faible que les précédents.

Le 15, idem. — Le 16, le frisson a manqué ; mais elle a eu de la fièvre.

Le 17, l'accès a manqué complétement. Il est survenu ce jour-là une perte utérine assez abondante.

Le 18, accès à 8 heures du soir. — Le 19, idem.

Le 20, point d'accès ; coliques : la perte, qui n'avait point cessé depuis le 17, est diminuée.

Le 21, accès à 3 heures de l'après-midi ; frisson ayant duré une heure et demie et non suivi de chaleur.

Le 22, point de fièvre ; nausées, vomissements qui l'ont beaucoup soulagée d'un malaise d'estomac qu'elle éprouvait depuis plusieurs jours. (On supprime le sulfate de quinine, qui avait été continué jusque-là sans succès.)

Le 23, accès plus légers que les précédents.

Le 24, accès marqués seulement par un peu de froid. Il n'y a point d'accès le 25 et le 26.

Le 27, il survient un nouvel accès très-prolongé, qui a duré toute la nuit ; la fièvre persiste encore le 28 à la visite.

Ces accès se renouvellent encore pendant un assez grand nombre de jours irrégulièrement ; ils finissent par s'user en quelque sorte à la longue, en s'éloignant et en diminuant graduellement d'intensité.

Rhumatisme articulaire aigu chez une femme récemment accouchée ; sulfate de quinine ; guérison.

Obs. II. — Une jeune fille âgée de 20 ans est entrée, le 24 mars, salle Saint-Landry, n° 23 (Hôtel-Dieu, service de M. Louis), malade depuis cinq jours. Elle est accouchée le 20 février à la Maternité, d'où elle est sortie le quatrième jour ; elle est restée couchée chez elle pendant huit jours. Elle a été prise, le 19, de frissons, puis de douleur dans le cou et successivement dans les bras et dans les jambes : elle n'a pas eu de battements de cœur. Elle présente à son entrée l'état suivant : pouls de 120 à 124, chaleur douce, halitueuse à la peau ; elle se plaint de douleurs vives dans les poignets, dans les articulations des doigts et aux malléoles. Les poignets et les articulations tibio-tarsiennes sont le siége d'un gonflement assez considérable, sans changement de couleur à la peau. Rien au cœur.

On prescrit : sulfate de quinine, 1 gram. 50 centig. en quatre prises d'heure en heure.

Le 25. Même état. Persistance des douleurs auxquelles il s'était joint de l'abattement. Le sulfate de quinine n'ayant point amené d'amélioration, on prescrit une saignée du bras ; on continue le sulfate de quinine.

Le 26, la saignée a donné un sang fortement couenneux. La malade est beaucoup mieux ; les phalanges ne sont plus gonflées ; les poignets sont encore un peu gros ; le pouls est moins fréquent et reste développé : il était à 120 les jours précédents, il est tombé à 92. On continue le sulfate de quinine.

Le 27. Amélioration croissante, douleurs diminuées, pouls de 48 à 86. (Même prescription.)

Le 28. Les douleurs ont cessé, ainsi que le gonflement des poignets et des doigts.

Le 29. Ne souffre plus du tout. On continue encore le sulfate de quinine à la dose d'un gramme jusqu'à ce jour. On cesse, et la malade sort guérie après avoir été gardée assez longtemps pour s'assurer que la guérison se confirme.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES DE PARIS.

SÉANCE DU 4 MAI.

Théorie de la vision. — M. Babinet lit, au nom d'une commission composée de MM. Arago, Serres, Magendie, Pouillet, Sturm et Babinet (rapporteur), un rapport sur le quatrième mémoire de M. Vallée sur la théorie de l'œil.

L'Académie a reçu de M. Vallée quatre mémoires sur la théorie de l'œil. C'est sur le dernier mémoire que la commission est appelée à se prononcer. L'hypothèse fondamentale de l'auteur est que la réfringence de l'humeur vitrée croît rapidement du cristallin à la rétine, et que le cône des rayons convergents, formé d'abord par la cornée et le cristallin beaucoup avant le fond de l'œil, se transforme, par l'action des couches postérieures plus denses de l'humeur vitrée, en une surface courbe de révolution à pointe beaucoup plus aiguë que le cône ; ce qui, d'une part, diminue beaucoup l'aberration de chaque pinceau homogène, et, d'autre part, par une action contraire à celle de l'aberration de réfrangibilité ordinaire, produit jusqu'à un certain point l'achromatisme.

D'après les calculs de M. Vallée appliqués à son hypothèse, et en pre-

nant pour point de départ des mesures connues de divers types d'œil, on n'a besoin de supposer que de très-légères déformations de l'organe pour faire que le cône produit par la partie antérieure des corps réfringents de l'œil (la cornée, l'humeur aqueuse et le cristallin, système que M. Vallée appelle l'appareil concentrateur), allongé ensuite en pointe aiguë par l'action des diverses couches de plus en plus réfringentes de l'humeur vitrée (couches que M. Vallée appelle appareil acuteur ou cuspidateur), que ce cône, disons-nous, aille porter sur la rétine des rayons convergents sans trop d'aberration de sphéricité, ou, si l'on veut, de figure, et de même sans trop d'aberration de réfrangibilité. Il est évident d'ailleurs, d'après cette hypothèse, que les couches de l'humeur vitrée, à mesure qu'elles augmentent de densité du cristallin jusqu'au fond de l'œil, doivent être supposées augmenter aussi en force dispersive, ce qui n'a rien d'ailleurs d'invraisemblable.

La commission s'est vue arrêtée dans l'appréciation du travail de M. Vallée par le manque de démonstration de l'hypothèse fondamentale sur laquelle tout repose, savoir : que l'humeur vitrée augmente beaucoup de force réfringente et dispersive de la partie antérieure à la partie postérieure. L'auteur s'y est refusé. Dans cet état de la question, la commission déclare ne pouvoir se prononcer, faute de preuves suffisantes, sur le mérite du mémoire de M. Vallée. En conséquence, elle propose à l'Académie de remercier M. Vallée de ses communications, de l'engager à continuer ses travaux, et surtout à les compléter par la détermination expérimentale des pouvoirs réfringents, du pouvoir dispersif des diverses parties de l'humeur vitrée.

Composition et propriétés nutritives du café. — M. Payen lit un travail original sur le café, sa composition et ses qualités nutritives.

Les observations de M. Payen lui ont démontré, dans le café, la présence de deux substances non entrevues auparavant : la cellulose et plusieurs autres corps organiques azotés que faisaient prévoir les lois générales de la composition des végétaux. Afin de rechercher si aucune autre substance azotée que la caféine ne se trouvait dans la décoction de café, il a essayé de déterminer les proportions et la composition élémentaire des substances extraites par l'eau froide et bouillante du café à l'état normal, ou après une torréfaction plus ou moins avancée. Il a constaté ces résultats : qne pour 100 p. de café normal contenant 2,45 d'azote ayant donné 75 de café torréfié brun qui ne contenaient que 1,77, la perte en azote ou en substances organiques équivalentes égale 0,68.

Nous négligerons ici, comme n'offrant que des différences de peu d'importance, l'appréciation de la proportion des substances solubles dans l'eau bouillante relative à chacun des degrés de torréfaction. Mais

les résultats sont tout différents lorsqu'on agit sans épuiser, comme on le fait dans l'usage habituel. Dans ce cas, par une seule filtration, sans épuiser, on extrait du café roux moitié en sus de ce que donne le café brun, et plus d'un quart au delà de ce que laisse dissoudre le café marron.

Les différences relatives des proportions d'huile essentielle ou d'arome sont dans le même sens.

Après avoir déterminé les quantités de matières extractives obtenues de 100 grammes de café, M. Payen a voulu évaluer les proportions de substances azotées contenues dans ces matières.

Voici le résultat de ces analyses :

Équivalent des extraits en azote ou matières azotées.

Espèces de produits.	Pour 100 d'extrait sec. Subst. minérales.	Azote.	Subst. azotées.	Pour un litre d'infusion. Extraits.	Azote.	Subst. azotées.
Café brun.	18,9	4,36	27,03	16	0,703	4,35
Café marron.	16,9	3,82	23,68	19	0,726	4,53

On remarquera que les extraits renferment en moyenne le quart de leur poids de substances azotées. Le surplus se composant de sels utiles à l'alimentation, de substances analogues aux sucres, de matières grasses, d'un principe amer et d'une essence aromatique, il est évident qu'une telle réunion peut être considérée comme douée de propriétés nutritives.

Propriétés nutritives comparées. Le café à l'eau, préparé avec 100 grammes pour un litre, contient 20 grammes de substances alimentaires; il représenterait trois fois plus de substance solide qu'un litre de liquide en faisant infuser 20 grammes de thé, et plus du double de substance azotée.

Si l'on établit la comparaison en ajoutant l'influence du lait, on arrive aux résultats suivants.

Un litre étant supposé formé de parties égales de café et de lait, on aura :

Espèces de produits.	Substance solide.	Substance azotée.	Matières salines grasses et sucrées.
Pour un demi-litre de café. .	9,5	4,53	4,97
Idem de lait. .	70,0	45,00	25,00
Sucre en moyenne.	75,9	00,00	75,00
Totaux. . . .	154,5	49,53	104,97

Ce liquide alimentaire représenterait six fois plus de substance azotée que le bouillon.

Le rapport ne varierait pas sensiblement relativement au sucre si on l'appliquait au café à l'eau, qui est en général plus faible.

Comparant ensuite le *café* dit *de chicorée* avec le café exotique, l'auteur établit toujours par des chiffres que, à couleur et à densité égales, la solution de chicorée contient moitié moins de substances azotées que l'infusion de café.

SÉANCE PUBLIQUE ANNUELLE DU 11 MAI 1846.

Grand prix des sciences physiques proposé en 1845 *pour* 1847.— L'Académie propose pour sujet du grand prix des sciences naturelles, pour 1847 :

« L'étude des mouvements des corps reproducteurs ou spores des algues zoosporées et des corps renfermés dans les anthéridies des cryptogames, telles que chara, mousses, hépatiques et fucacées. »

Les concurrents devront étudier sur le plus grand nombre possible d'espèces différentes ces deux sortes de corps, d'abord dans l'intérieur du végétal aux diverses époques de leur formation, puis à l'état de liberté après leur sortie de la plante qui les a produits, jusqu'à leur germination pour les premiers, et jusqu'à leur destruction pour les seconds.

Ils devront constater par tous les moyens que fournit le microscope, joint à l'emploi de divers réactifs, la structure de ces corps, la disposition des cils qu'ils présentent, la nature de leurs mouvements et les changements qu'ils éprouvent aux diverses périodes indiquées ci-dessus.

Les concurrents devront aussi examiner si beaucoup de corps considérés jusqu'ici comme des *animalcules infusoires*, surtout ceux colorés en vert, et agissant sur l'air atmosphérique, comme les parties vertes des végétaux, ne seraient pas, soit des végétaux parfaits, soit des parties douées temporairement d'une motilité analogue à celle des animalcules infusoires proprement dits.

Quant aux corps contenus dans les anthéridies, on invite les concurrents à déterminer par des expériences directes si le rôle d'organes fécondateurs qu'on leur a attribué est réel. Les espèces de chara, de mousses, d'hépatiques et d'algues, dans lesquelles ces corps sont portés sur des individus différents de ceux qui produisent les spores ou véritables séminules, pourraient conduire à des résultats positifs.

Enfin, on les invite à diriger également leurs recherches sur les autres familles de cryptogames, telles que les fougères, les lycopodes, les lichens, les champignons et les autres familles de la classe des algues, dans lesquelles, jusqu'à ce jour, de véritables anthéridies n'ont pas été observées, afin de tâcher d'y découvrir ces organes dont l'analogie semble annoncer l'existence.

Lors même que ce sujet ne serait pas traité sous tous les points de

vue indiqués ci-dessus, l'Académie pourrait néanmoins accorder le prix à celui des concurrents qui aurait résolu d'une manière satisfaisante quelques-unes des parties de la question proposée.

Les mémoires devront être remis au secrétariat de l'Institut avant le 1er avril 1847.

Prix relatif au développement du fœtus, proposé en 1837 *pour* 1839, *remis au concours pour* 1843, *et de nouveau pour* 1846. — L'intérêt qui s'attache aux études de l'organogénie et de l'embryogénie comparée s'accroît d'année en année ; plus on pénètre profondément dans les voies mises en œuvre par la nature pour développer les êtres organisés, plus on voit s'agrandir le cercle de leurs applications.

Afin de suivre ce mouvement de la science, et de la diriger vers une partie trop négligée, l'Académie avait remis au concours, pour sujet du grand prix des sciences physiques à décerner en 1843 , la question suivante :

« Déterminer par des expériences précises quelle est la succession des « changements chimiques , physiques et organiques , qui ont lieu dans « l'œuf pendant le développement du fœtus chez les oiseaux et les ba- « traciens.

« Les concurrents devront tenir compte des rapports de l'œuf avec « le milieu ambiant naturel ; ils examineront , par des expériences di- « rectes, l'influence des variations artificielles de la température et de « la composition chimique de ce milieu. »

Un seul mémoire a été envoyé au concours, et l'auteur, au lieu d'envisager la question sous le point de vue expérimental , ainsi que le recommandait le programme, ne l'a considérée que d'une manière hypothétique. Il n'en a pas même effleuré la solution.

D'après cette circonstance, la commission eût proposé à l'Académie de retirer la question du concours ; mais des communications faites à l'Académie ont fait connaître que deux personnes s'en sont occupées d'une manière très-sérieuse.

Le temps seul a manqué aux concurrents pour pouvoir déposer leur mémoire au terme prescrit par le programme. — D'après cette considération, la commission propose à l'Académie de laisser encore la question au concours jusqu'au 1er avril 1846.

Prix fondé par M. Manni pour 1846. — M. Manni, professeur à l'Université de Rome, ayant offert de faire les fonds d'un prix spécial de 1,500 fr., à décerner par l'Académie, sur la question des *morts apparentes et sur les moyens de remédier aux accidents funestes qui en sont trop souvent les conséquences*, et le roi, par une ordonnance en date du 5 avril 1837, ayant autorisé l'acceptation de ces fonds et leur application au prix dont il s'agit, l'Académie proposa , en 1837 , pour

sujet d'un prix qui devait être décerné dans la séance annuelle de 1839, la question suivante :

« Quels sont les caractères distinctifs des morts apparentes?

« Quels sont les moyens de prévenir les enterrements prématurés? »

Sept mémoires furent adressés à l'Académie ; aucun d'eux ne fut jugé digne du prix, et il fut remis à l'année 1842.

En 1842, l'Académie reçut sept mémoires, et la commission décida que, cette année encore, il n'y avait pas lieu de décerner le prix.

Ce sujet de prix a été remis au concours pour l'année 1846.

Voici quelques considérations sur lesquelles il est bon d'appeler l'attention des concurrents, et qui sont tirées du rapport qui fut fait sur le concours de 1842, par une commission composée de MM. Andral, Magendie, Serres, Breschet, et Rayer, rapporteur :

« L'Académie croit devoir faire remarquer que les relations d'enterrements prématurés témoignent bien plus souvent de l'ignorance ou de la légèreté des auteurs de ces malheurs que de l'incertitude de la science. L'Académie demande, non un tableau des erreurs déplorables qui ont pu être commises, mais un exposé des connaissances sur la question proposée. Ce qu'elle désire surtout, ce sont des observations propres à rendre plus prompt et plus sûr le diagnostic, dans le petit nombre de cas qui peuvent laisser de l'incertitude sur l'état de vie ou de mort. »

SÉANCE DU 18 MAI.

Fistules biliaires artificielles. — M. Blondlot (de Nancy) prie M. le président d'ouvrir un paquet cacheté qu'il a déposé le 26 avril dernier et d'en donner connaissance à l'Académie. Voici quel est le contenu de ce paquet :

M. Blondlot annonce qu'après de nombreuses tentatives demeurées sans succès, il est enfin parvenu à établir sur des chiens des fistules biliaires compatibles avec l'état de santé le plus parfait. Dans ce moment, il y a en sa possession un de ces animaux qui a été opéré depuis deux mois, et loin de dépérir, il acquiert tous les jours plus de force et plus d'embonpoint, bien qu'aucune parcelle de bile ne parvienne dans l'intestin ; ce qui lui a été démontré non-seulement par la décoloration des excréments, mais aussi par l'analyse chimique de ces matières.

Le procédé que M. Blondlot emploie pour établir des fistules de ce genre se partage en deux temps. Dans le premier, il ouvre l'abdomen à un chien, qu'il a eu la précaution de tenir à jeun depuis 24 heures au moins ; il cherche la vésicule, et après l'avoir attirée doucement au dehors avec des pinces, il lie son bas-fond dans l'étendue d'un à 2 centimètres avec un fil de soie ; ce fil est à son tour attaché dans le chas d'une aiguille à séton, avec laquelle il perfore les parois abdominales sur le côté droit de l'appendice xyphoïde. C'est à travers cette petite plaie

qu'il fait passer la partie de la vésicule comprise dans la ligature, et il la fixe au dehors au moyen d'une grosse épingle : cela fait, il détache le fil de soie et pratique à la vésicule une légère incision par laquelle la bile s'écoule incontinent. La seconde partie de l'opération consiste à lier le canal cholédoque, comme cela se pratique habituellement. Il place deux ligatures, l'une près de l'intestin et l'autre à la distance d'environ 2 centimètres, puis il coupe le conduit entre les deux. Il ne reste plus qu'à réunir la plaie par quelques points de suture.

Emploi de la magnésie dans le traitement de l'empoisonnement par l'acide arsénieux. — M. Bussy adresse une note sur l'emploi de la magnésie dans le traitement de l'empoisonnement par l'acide arsénieux. Le résultat de son travail est que :

1° Le charbon animal purifié, proposé récemment pour combattre l'empoisonnement par l'acide arsénieux, ne saurait être employé avec succès pour cet usage ;

2° Que la magnésie pure, mais faiblement calcinée, peut absorber facilement l'acide arsénieux en dissolution et former avec lui un composé insoluble, même dans l'eau bouillante ;

3° Qu'à l'état gélatineux elle s'absorbe plus promptement encore ;

4° Que les animaux auxquels on a administré de l'arsenic sont constamment sauvés lorsqu'on leur fait prendre des doses suffisantes de magnésie ;

5° Que cet antidote présente sur ceux qui sont connus et employés l'avantage de se rencontrer toujours prêt chez tous les pharmaciens ; qu'il neutralise facilement et complétement le poison ; qu'il peut être administré sans inconvénient à forte dose, et que ses effets thérapeutiques généraux sont par eux-mêmes en rapport avec les indications que l'on doit chercher à remplir dans ce genre d'empoisonnement ;

6° Que la magnésie décompose l'émétique, les sels de cuivre, le sublimé corrosif, et qu'il y a lieu de croire qu'on pourra l'employer avec succès pour combattre et atténuer les effets de ces substances toxiques et celui des sels métalliques en général ;

7° Que les sels des alcalis organiques, morphine, strychnine, etc., étant également décomposés par la magnésie, l'emploi de cette substance dans tous les cas d'empoisonnement par les produits organiques, qui doivent leur action à la présence des alcalis végétaux, pourrait avoir pour résultat de retarder et de rendre plus difficile l'absorption du poison : c'est ce que l'auteur se réserve de vérifier par des expériences ultérieures.

SÉANCE DU 25 MAI.

Enfant monstrueux présentant trois extrémités inférieures et un double appareil sexuel mâle. — M. Velpeau communique, au nom de

M. Gorré, médecin à Boulogne, membre correspondant de l'Académie de médecine, la note suivante sur un cas de monstruosité double (diplogenèse) :

Jean-Baptiste dos Santos, enfant du sexe masculin, est né à Quinta de Carveiros, dans le royaume des Algarves, le 5 septembre 1845. Son père, Antonio dos Santos, et Anna de Jesus, sa mère, sont forts et bien portants. Cette dernière, âgée de 22 ans, n'a rien éprouvé pendant la grossesse de cet enfant (qui est son troisième) qui pût faire pressentir la monstruosité qu'elle devait mettre au jour. Elle ne se rappelle avoir reçu aucun coup, avoir éprouvé aucune émotion violente, avoir été soumise à aucune perturbation physique ou morale. Cette dernière couche ne s'est pas non plus accompagnée de plus de souffrances que les deux précédentes. L'enfant est venu au terme régulier de neuf mois.

Parvenu aujourd'hui à son huitième mois, J.-B. Santos est remarquablement sain, vif et de bonne humeur. Sa petite figure est presque toujours animée, épanouie par le sourire. Sa tête, son buste, ses bras et ses extrémités inférieures sont régulièrement développés et proportionnés, et offrent les apparences d'une nutrition parfaite. Entre les deux jambes normales se trouve placé un membre supplémentaire occupant un plan un peu postérieur à celles-ci, de telle sorte qu'elles s'appuient sur lui et le cachent presque en entier quand l'enfant est couché sur le dos. Ce membre, par rapport aux deux autres, présente sa face postérieure en avant. Sur la partie moyenne de cette face et dans toute sa longueur, on aperçoit par le toucher une ligne où la densité approche de celle du cartilage, sorte de raphé qui répond évidemment au point d'union de la double extrémité que le membre anormal représente. Égal aux deux membres normaux en longueur, il offre à peu près le double de leur volume, surtout en ce qui concerne la cuisse. La jambe est relativement plus grêle ; mais le pied qui continue l'axe de celle-ci est remarquablement large et se termine par dix orteils, dont les deux derniers, aussi bien que les deux gros orteils, sont réunis. La consistance de ce membre est molle et flasque ; c'est une masse dépourvue de toute contractilité, et qui semble constituer pour l'enfant un support. La température, égale à celle du reste du corps à la partie supérieure, va en diminuant vers la partie inférieure, si bien que le pied est toujours froid et violacé. La sensibilité suit la même proportion. Si l'on pince l'enfant à la cuisse, il témoigne aussitôt de la douleur par des cris. Au bas de la jambe, au contraire, et surtout au pied, on peut le pincer assez fort sans qu'il paraisse souffrir.

Les moyens d'attache de cet appendice monstrueux sont une tige ostéo-cutanée, large de 3 à 4 centimètres et longue de 2 à 3, mesurée en dehors du bassin de l'être normal, dans lequel elle remonte et se fixe à une

hauteur à laquelle on ne saurait assigner des limites précises. Cette tige est assez mobile et permet de déplacer en tous sens la masse qu'elle supporte. Dans l'étui que lui fournit la peau, se trouvent renfermées probablement les dernières pièces du sacrum, qui seraient tout ce qui reste du bassin normal.

Chez ce même sujet se rencontre la présence simultanée de doubles organes sexuels externes, non pas confusément arrangés, mais distincts et nettement séparés les uns d'avec les autres, et parfaitement développés de l'un et de l'autre côté. Il existe, séparés par une distance d'environ 4 centimètres, deux pénis dans l'intervalle desquels se trouve placée la racine de l'extrémité inférieure accessoire, également distante de tous deux ; un seul testicule de chaque côté se rencontre dans le double scrotum correspondant. Chacun des deux membres virils est pourvu d'un canal de l'urèthre communiquant avec une vessie unique. L'excrétion urinaire se fait en même temps et en quantité semblable par ces deux voies.

La monstruosité dont l'observation précède est évidemment une monstruosité par duplication, et rentre dans l'ordre des diplogenèses.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DU 5 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Peste. — Quarantaines. — L'ordre du jour appelle à la tribune M. Prus, pour reprendre la lecture du rapport sur la peste.

M. Prus, avant de reprendre cette lecture, donne quelques explications sur les causes qui l'ont obligé à la suspendre, et rend compte de ce qui s'est passé depuis dans le sein de la commission. Le sujet de ces explications est déjà connu.

Voici les conclusions pratiques qui terminent le rapport, et que la commission énonce sous forme de vœux à soumettre au gouvernement.

§ I. — *Précautions à prendre au départ des navires quittant des pays suspects pour se rendre en France.* — 1° Tout capitaine d'un bâtiment quittant un des ports de l'Égypte, de la Syrie et de la Turquie, pour se rendre en France, devra être porteur d'une patente délivrée le jour même ou la veille du départ par le consul français de la résidence. A cette patente sera et restera annexé un certificat du médecin sanitaire français *institué à cet effet*, lequel constatera l'état de la santé du pays, celui des passagers et de l'équipage, ainsi que les conditions hygiéniques du bâtiment en partance.

2° La patente de santé sera *brute* quand régnera dans le pays du départ une épidémie pestilentielle, ou même quand celle-ci sera imminente.

3° La patente de santé pourra encore être brute lorsque les pestes sporadiques seront susceptibles, par leur nombre et leur intensité, de faire naître des craintes relativement à la propagation de la maladie.

4° Dans tous les autres cas, la patente sera *nette*.

5° Provisoirement, et jusqu'à ce que des expériences que nous regardons comme indispensables, autant dans l'intérêt de la santé publique que dans celui des relations internationales, aient résolu d'une manière évidente pour tous la question de la transmission, les malles contenant le linge et les habits des passagers et de l'équipage seront mises à l'évent pendant la traversée, ou plombées au lieu du départ pour être ouvertes dans un lazaret français. On ne laissera à la disposition des voyageurs et des marins que le linge et les vêtements nécessaires pour la traversée.

§ II. — *Précautions à prendre pendant la traversée et lors des relâches.* — 6° Tout bâtiment de la marine royale, tout paquebot-poste venant du Levant, aura à bord un médecin. Il est à désirer que ce médecin ressorte de l'administration de la santé de France.

7° Ces médecins veilleront à l'observation rigoureuse des lois de l'hygiène, surtout en ce qui concerne l'aération des navires. Ils inscriront jour par jour sur un registre tout ce qui sera relatif à la santé des personnes du bord.

8° Si le navire vient à relâcher pendant le voyage, les certificats délivrés au port de départ seront visés par le médecin sanitaire de la résidence, lequel consignera ses observations sur l'état de la santé du pays et de la localité. La patente elle-même sera visée et modifiée, s'il y a lieu, par le consul.

9° Le médecin de bord tiendra une note exacte de toutes les communications accidentelles ou autres qui pourront avoir lieu pendant la traversée, ainsi que de toutes les circonstances importantes pour la santé qui pourront s'y rattacher.

10° Quant aux navires qui n'auront pas de médecin sanitaire à bord, le ministre du commerce fera rédiger une instruction spéciale destinée aux capitaines, et contenant l'indication des signes auxquels on reconnaît la peste, des soins à donner aux pestiférés, des mesures à prendre pour prévenir la formation des foyers d'infection pestilentielle sur les navires, et pour les détruire s'ils viennent à se former.

11° Ces capitaines tiendront note, sur un registre coté et paraphé, de toutes les communications qui pourront avoir lieu, soit dans les ports de relâche, soit en mer, ainsi que de toutes les maladies éprouvées par les personnes à bord; ces notes seront inscrites au fur et à mesure des événements.

§ III. — *Précautions à prendre à l'arrivée en France.* — 12° Les

capitaines des bâtiments de la marine royale, les capitaines des paquebots-postes et de tous autres bâtiments ayant un médecin sanitaire à bord, remettront à l'autorité compétente : 1° la patente et le certificat de santé y annexé qui aura été délivré au port du départ ; 2° le journal tenu par le médecin du bord et constatant les maladies et faits médicaux survenus pendant la traversée.

Le médecin sanitaire du port d'arrivée, à qui ces deux pièces seront transmises, les examinera avec soin ; il se rendra ensuite à bord, constatera l'état de santé des passagers et des hommes de l'équipage, ainsi que les conditions hygiéniques du navire, et fera connaître le résultat de ses investigations, dans un rapport dont le modèle sera tracé par l'administration.

13° Sur le vu de la patente et du certificat de santé délivrés au départ, du journal médical de bord, et du rapport rédigé par le médecin sanitaire du port d'arrivée, l'autorité compétente prescrira la durée de la quarantaine, et, s'il y a lieu, les mesures spéciales de désinfection à mettre en usage.

14° Pour les navires ayant un médecin sanitaire à bord et venant d'Égypte, de Syrie ou de Turquie avec une patente *nette*, la quarantaine sera de dix jours pleins *à partir du départ*, quand la peste ni aucune maladie suspecte ne se sera manifestée à bord pendant la traversée.

15° La quarantaine sera de quinze jours pleins à partir du départ pour les mêmes navires arrivant avec patente *brute*, s'il ne s'y est manifesté ni peste ni maladie suspecte avant le départ ou pendant la traversée.

16° Pour les navires de commerce n'ayant pas de médecin sanitaire à bord, il sera prescrit, avec patente nette, une quarantaine d'observation de dix jours pleins à partir de l'arrivée.

17° Lorsque ces mêmes navires arriveront au port avec patente *brute*, mais sans avoir eu en mer ni peste ni maladie suspecte, ils subiront une quarantaine de rigueur de quinze jours à partir de l'arrivée, et les marchandises seront débarquées.

18° Le bâtiment, quel qu'il soit, quelle que soit sa patente, qui aura eu pendant la traversée, ou qui aura, lors de son arrivée dans un port français, un malade atteint de la peste ou d'une maladie suspecte, sera soumis à une quarantaine de rigueur, dont la durée sera déterminée par l'autorité sanitaire dudit port.

Les passagers et l'équipage seront transportés au lazaret et subiront une quarantaine qui sera de quinze jours au moins et de vingt jours au plus.

Les marchandises seront débarquées et aérées ; le navire bien aéré,

bien lavé, bien nettoyé et bien purifié, restera vide pendant un mois au moins. Des gardes de santé pourront être placés près du navire pour exercer sur lui la surveillance jugée nécessaire ; mais il leur sera expressément défendu, ainsi qu'à toutes autres personnes, d'aller sur le navire en quarantaine, sous quelque prétexte que ce soit.

19° Les hardes et les effets, vêtements arrivés au lazaret dans des malles plombées au port du départ, seront ventilés et subiront les purifications jugées convenables pour prévenir tout danger possible.

20° Les pestiférés admis dans les lazarets devront y recevoir tous les secours et tous les soins qui sont donnés aux malades ordinaires dans les établissements hospitaliers les mieux dirigés et les mieux tenus.

Ce rapport sera distribué et imprimé ; l'impression ne pouvant être terminée avant huit ou dix jours, M. le président propose d'ajourner la discussion à quinzaine. (Adopté.)

— M. Hamont obtient la parole pour une communication qui se rattache au même sujet. Il donne lecture d'une lettre de M. Gaëtani-Bey, dans laquelle ce médecin expose que, par suite du retentissement qu'a eu en Égypte la question dont s'occupe en ce moment l'Académie, le vice-roi Méhémet-Ali vient de prendre des mesures importantes pour l'assainissement de ce pays et pour le bien-être des populations pauvres. (La communication de cette lettre produit une certaine sensation.)

— M. Casimir Broussais continue la lecture de son mémoire sur le climat et les maladies de l'Algérie, lecture qu'il n'a pas eu encore le temps de terminer aujourd'hui et dont la fin est remise à la séance prochaine.

SÉANCE DU 12 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Lésions du cerveau chez les aliénés. — M. Belhomme lit une note faisant suite à son *mémoire sur la paralysie des aliénés et les altérations du cerveau dans cette maladie.*

Après avoir exposé qu'il ne vient pas ouvrir de nouveau le champ des hypothèses sur la nature de la maladie qui produit le ramollissement cérébral, il rapporte deux faits tendant à prouver que les lésions sont superficielles et profondes, et qu'elles procèdent dans leur développement de la circonférence au centre.

Il met sous les yeux des auditeurs deux cerveaux, dont l'un a appartenu à un homme de 55 ans, qui était affecté de paralysie générale, et qui a succombé à une double pleurésie ; l'autre cerveau était celui d'un homme de 38 ans, qui est mort par suite d'accès épileptiques foudroyants, et qui avait présenté pendant la vie tous les phénomènes de la paralysie générale.

Dans l'un et l'autre cerveau il y avait des lésions superficielles et pro-

fondes, telles qu'un ramollissement de la substance corticale du corps calleux, de la voûte à trois piliers, des organes ventriculaires, des pédoncules cérébraux, et du cervelet.

Il termine son exposé des lésions cérébrales par les considérations suivantes : la paralysie des aliénés est la conséquence du ramollissement de la pulpe cérébrale. On ne peut douter de l'affection que produit le ramollissement : il y a des rapports entre les lésions et les phénomènes observés pendant la vie, tels que la perte plus ou moins complète du mouvement et de l'intelligence.

Il fait ensuite le résumé des principales lésions du cerveau, pris sur les 17 observations qu'il a exposées précédemment.

Les membranes cérébrales sont toujours injectées, épaissies et opaques ; 14 fois sur 17 elles sont adhérentes à la surface cérébrale.

La substance corticale était ramollie 14 fois sur 17 ; la substance médullaire est moins consistante, et même ramollie 2 fois sur 17 : lorsqu'elle n'est point ramollie, elle est indurée 5 fois.

Le corps calleux et la voûte à trois piliers sont ramollis 14 fois sur 17.

Les tubercules quadrijumeaux et les organes ventriculaires sont plus ou moins ramollis, 13 fois sur 17.

La protubérance annulaire et les pédoncules cérébraux sont ramollis 6 fois et indurés 3 fois.

Les parois du quatrième ventricule sont ramollis 14 fois, indurés 3 fois.

Le cervelet est ramolli 6 fois.

Le bulbe rachidien ramolli 6 fois, induré 3 fois.

Tels sont les rapports que M. Belhomme a trouvés entre les lésions cérébrales et la paralysie générale des aliénés.

A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

SÉANCE DU 19 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Peste; *quarantaines*. — L'ordre du jour appelle la discussion du rapport sur la peste.

M. Dubois (d'Amiens), premier orateur inscrit, a la parole et s'exprime en ces termes :

Messieurs, c'est sans doute encourir une défaveur que de venir reproduire ici des objections assez nombreuses contre un rapport aussi étendu et aussi important que celui de la commission dont j'ai l'honneur de faire partie; mais, M. le rapporteur vous l'a déclaré lui-même à la fin de son travail, il y a eu une minorité dans le sein de la commission, et cette minorité n'a pas signé ce rapport sans réserve; elle a stipulé qu'il lui serait permis de reproduire devant l'Académie les observations qu'elle avait en vain cherché à faire prévaloir dans la commission. C'était à la fois un devoir et un droit pour nous : un droit, puisqu'en entrant dans

la commission nous n'avions pas entendu abdiquer notre liberté de penser et de reproduire ultérieurement nos opinions ; un devoir, puisqu'il s'agissait d'une question qui nous intéressait à la fois comme savants et comme citoyens.

Le plan que je me suis tracé, pour ma part, est bien simple. Je vais d'abord reproduire devant l'Académie les objections que j'avais faites à mes collègues de la commission ; j'exposerai ensuite avec sincérité les observations qu'une lecture plus attentive du rapport m'a ultérieurement suggérées.

Ces remarques ne porteront que sur l'ensemble de ce grand travail; ce sera, à proprement parler, une discussion générale. Plus tard, et à mesure du vote des conclusions, j'aurai l'honneur de soumettre à l'Académie quelques observations sur les faits particuliers.

Je me plais d'abord à reconnaître que le rapport lu par M. Prus est un travail consciencieux et considérable ; mais, par le fait même de son étendue et de sa complexité, il embrasse des questions qui pouvaient être passées sous silence, et souvent il s'écarte du but que nous devions nous proposer.

Nous avions, il est vrai, à nous occuper d'une grande et vaste question; mais cette question était unique, bien limitée, bien circonscrite. Le rapporteur l'a formulée lui-même avec netteté ; la voici : « La peste est-elle « transmissible en dehors des foyers épidémiques? Doit-on craindre que « quelques cas importés en France y puissent devenir la cause d'une épi- « démie pestilentielle ? »

C'était là, je le répète, toute la question : l'Académie, le gouvernement, les chambres, le pays enfin, ne nous demandaient pas autre chose ; toutes nos recherches devaient être dirigées sur ce point. J'en avais fait la proposition formelle lors de notre première réunion ; on n'a pas jugé à propos de l'adopter, et le rapporteur a été autorisé à faire ainsi, non plus un *rapport*, à proprement parler, mais une *monographie* sur la peste ; monographie estimable assurément, qui a exigé bien du travail, bien des veilles de la part du rapporteur, qui témoigne de son zèle et de son talent, mais qui, avec ses trente conclusions scientifiques et un égal nombre au moins de conclusions pratiques, entraînera peut-être une discussion interminable.

Des trois grandes parties qui composent ce travail, *deux* auraient pu être écartées sans nuire en rien à la solution du problème qui nous était proposé ; M. Adelon était du même avis, car il avait coutume de dire, dans nos discussions, que pour lui le rapport ne commençait véritablement qu'à la quinzième conclusion.

Un aperçu rapide sur l'ensemble du rapport fera juger de la valeur de cette objection.

D'accord avec son rapporteur, la majorité de la commission a posé en principes que toutes les conditions productrices de la peste peuvent être ramenées à trois chefs :

1° Conditions relatives à l'insalubrité des lieux et à la misère des habitants ;

2° Conditions relatives au génie épidémique ou à la constitution pestilentielle ;

3° Conditions relatives aux pestiférés eux-mêmes, ou à l'action des individus malades sur les individus sains.

Voilà, si je l'ai bien saisie, la pensée fondamentale de la commission : c'est ainsi qu'elle a voulu systématiser l'étiologie de la peste.

Mais on verra que de ces trois éléments producteurs de la peste, deux sont restés à peu près sans application dans le rapport : ce sont les deux premiers.

On n'en a tiré aucune induction pratique ; ce qui prouve sans réplique qu'on aurait pu se dispenser de les traiter.

Toutefois, je me hâte de le dire, il est dans les premières parties du rapport des questions qui ont été judicieusement exposées, et qui trouveront désormais leur place dans toute histoire générale de la peste. D'autres m'ont paru susceptibles d'objections assez graves ; je reproduirai celles-ci en peu de mots, et en suivant l'ordre établi dans le rapport.

§ I. — Je ne reviendrai pas sur l'histoire des *pestes spontanées ;* j'aurais, d'ailleurs, peu de chose à dire sur cette excursion historique et politique. Les faits, je viens de le dire, y ont été non-seulement bien exposés, mais encore bien interprétés.

Je n'ai élevé et je n'élève encore aucune objection contre cette première conclusion générale, à savoir :

Que dans tous les pays où on a observé la peste *spontanée*, son développement a pu être *rationnellement* attribué à des conditions déterminées agissant sur une grande partie de la population; conditions au nombre desquelles, ou plutôt en *tête* desquelles il faut placer une grande misère physique et morale, une alimentation malsaine et insuffisante, des habitations insalubres, etc. , etc.

Et ici les exemples étaient faciles à trouver : la Basse-Égypte offre toutes les conditions ; il n'y a qu'une seule voix de la part de tous les voyageurs qui l'ont parcourue, ou plutôt il n'y a qu'un cri d'indignation et de pitié. Le rapporteur n'a donc pas été au delà de la vérité dans le tableau émouvant qu'il en a tracé.

Mais comment se fait-il qu'après avoir décrit les habitations ou plutôt les tanières du malheureux fellah , construites avec de la boue et consolidées avec des ossements d'animaux ;

Après nous avoir dépeint les haillons qui lui couvrent imparfaitement la ceinture et les épaules ;

Après nous avoir dit qu'il n'y a que l'Égyptien d'*exception* qui mange du pain de maïs ou de blé , qui se nourrit de bonne viande, tandis que le reste de la population ne peut toucher au blé qu'elle cultive, qu'il lui est défendu d'en user ;

Après nous avoir dit qu'à défaut de pain, le fellah est obligé de se nourrir de semences de coton, de noyaux de dattes pilés et réduits en galettes ;

Après nous avoir dit enfin que quand le maître lui donne de la viande, cette viande provient d'animaux malades ;

Comment se fait-il, dis-je, que la commission, par l'organe de son rapporteur, se soit empressée de se défendre de la pensée qu'on aurait pu lui supposer, de faire retomber l'odieux de tant de calamités sur le gouvernement égyptien ?

« Loin de nous la pensée, dit le rapporteur, d'insinuer que, si le gou-
« vernement égyptien n'a pas encore obtenu dans les États qu'il régit les
« résultats nécessaires à la sécurité de l'Europe , il faille accuser de cet
« insuccès l'homme de génie qui gouverne l'Égypte. » (P 679.)

Je sais avec quelle circonspection un corps comme l'Académie doit s'exprimer à l'égard d'un souverain en relations d'amitié avec la France ; mais mieux aurait valu ne rien dire.

Pour ma part, je ne veux pas chercher à me défendre de cette insinuation, elle était dans ma pensée ; il me semblait que , quand un pays est en proie à d'aussi horribles misères, c'est à son gouvernement qu'il faut s'en prendre.

La commission assure que cette accusation serait injuste, qu'elle *est heureuse de le dire !* qu'elle a la preuve du contraire, et cette preuve, c'est que « Méhémet-Ali a appris de M. Pariset, de Gaëtani-Bey, de Clot-
« Bey, comment un souverain de l'Égypte peut modifier, corriger le
« sol et l'air du pays qui lui est soumis.... assurer à tous des aliments
« sains, des habitations salubres, etc.

Étrange preuve, en vérité, qui , dans la bouche d'autres personnes , serait une amère dérision !

Que dirai-je maintenant de certaines correspondances dont on a fait grand bruit depuis quelque temps, et desquelles il résulterait que le gouvernement égyptien va enfin se mettre à l'œuvre ? Le vice-roi, dit-on, arrivé au terme de sa longue carrière, et après avoir si longtemps écrasé son peuple par ses monoples , songerait enfin à améliorer sa position.

J'ai lu le curieux entretien qu'il aurait eu à ce sujet avec Gaëtani-Bey, son premier médecin.

Suivant Méhémet-Ali, l'Europe a une *étrange opinion* sur l'Égypte

(ce sont les mots qu'on lui prête) ; elle persiste, contre toutes raisons, à tenir l'Égypte en *suspicion,* à la regarder comme un foyer permanent de peste à cause de son insalubrité ; de là une barrière élevée entre l'Europe et l'Égypte, au grand préjudice de Son Altesse.

Pour éclairer l'Europe, le vice-roi aurait d'abord eu l'idée d'enjoindre à son école d'Abou-Zabel de faire à se sujet une déclaration collective, une sorte de manifeste.

Mais Gaëtani-Bey aurait fait entendre au vice-roi, avec tous les ménagements possibles, que la situation du peuple en Égypte *laissait encore quelque chose à désirer !* Sous le point de vue hygiénique , une démarche de ce genre pourrait être couronnée de succès. (*Courrier de Marseille.*)

On ajoute que le vice-roi, amené ainsi à reconnaître qu'on peut en effet conserver *quelques doutes* sur l'assainissement complet de l'Égypte, aurait arrêté que *trois villages modèles* seraient construits dans la Basse-Égypte, et que le général Clot-Bey serait chargé de la partie hygiénique des opérations.

Voilà le fait dont on fait tant de bruit depuis quelque temps ; il était à l'adresse de l'Europe.

Certes, personne plus que moi ne désire que ce soit là le commencement d'une ère nouvelle pour l'Égypte ; mais, je l'avoue, je n'ai pas grande confiance dans le génie civilisateur des Turcs : c'est une race qui a toujours tenu trop peu de compte de la vie des hommes, et j'ai bien peur que ce ne soit là le commencement de nouvelles misères pour les pauvres fellahs. Je sais par expérience comment les choses se pratiquent dans les pays soumis au despotisme oriental ; on réunira quelques milliers de fellahs (déjà on en fait le dénombrement) , on les accablera de travaux, ils périront par centaines, et puis on fera dire dans toute l'Europe qu'il y a en Égypte des villages modèles supérieurs à tout ce qui existe dans les pays civilisés.

Mais en voici assez sur ce point.

Je me résumerai en disant que cette première partie du rapport, bien qu'un peu étrangère à la solution du problème de l'importation de la peste en France , ne peut plus être retranchée du rapport : ce serait le mutiler ; je dirai plus : c'est la partie la moins contestable du rapport ; j'ai donc adopté pleinement cette pensée de la commission : « que « la civilisation avait chassé en d'autres temps la peste des lieux qu'elle « désole aujourd'hui , et que c'est la barbarie qui l'y a ramenée. » Je suis d'avis qu'on laisse peser sur qui de droit tout l'odieux de cette barbarie.

§ II. — Je passe maintenant à la seconde partie du rapport. Cette seconde partie traite, nous le savons, de l'influence du génie épidémique ou de la constitution pestilentielle.

Mais qu'est-ce que ce fameux génie épidémique qui, à lui seul et en dehors de toute influence des localités et de l'action des malades, suffirait pour produire la peste? La commission répond qu'on peut le reconnaître à *cinq* caractères bien distincts, et qu'elle a tout simplement appliqué à la peste l'ancienne doctrine des épidémies : c'est, en effet, dans tous les vieux traités de pathologie que la commission a trouvé cette théorie générale. Reste à savoir si elle est vraie en elle-même. C'est là précisément ce que j'ai contesté dans le sein de la commission; il m'a paru qu'on s'éloignait tout à fait de la pratique pour se jeter dans une vaine théorie.

Le premier paragraphe seul de cette dissertation m'avait paru exact; le voici : *Une maladie est épidémique lorsque, dans un temps donné, elle attaque un grand nombre d'individus.* Voilà, je le répète, ce qui est incontestable; mais la commission prétend que ce n'est pas seulement par le *nombre* des malades ou par l'*intensité* du mal que se caractérise une épidémie : elle soutient que, dans tous les cas, il y a cinq caractères spéciaux. On va voir à quel point ces caractères sont insignifiants.

D'abord, et c'est là le premier caractère, les épidémies de peste ont généralement trois périodes : une période de début, une période de déclin et une période de terminaison.

J'oserais presque dire que ce premier caractère est une naïveté. En effet, une fois ceci reconnu, que la peste, comme beaucoup d'autres maladies, peut de *temps à autre* attaquer un fort grand nombre d'individus, je voudrais bien qu'on me montrât une épidémie, ou même une simple récrudescence, sans période de début, de déclin et de terminaison ! et je demande comment on peut trouver en cela un prétendu caractère du génie épidémique.

Deuxième caractère. — Pendant le règne d'une épidémie, dit la commission, les autres maladies sont moins nombreuses et reçoivent l'empreinte de l'affection dominante.

Ceci est une erreur : avant l'invasion du choléra en France, on croyait à cette doctrine; on allait jusqu'à dire qu'en temps d'épidémie le chiffre de la mortalité n'est pas de beaucoup augmenté, qu'on meurt de l'épidémie au lieu de mourir des autres maladies; mais, une fois le choléra à Paris, on a vu que les autres maladies n'étaient pas moins nombreuses, et qu'elles suivaient leur cours sans être modifiées en rien par l'épidémie.

Quant à la mortalité, elle a été comme de coutume, en 1832, d'environ 22,000, et, en y joignant les 18,000 du choléra, on a eu pour l'année un contingent de 40,000 décès!

Troisième caractère. — Quand sévit une maladie épidémique, dit la

commission, il est assez rare que les personnes qui conservent leur santé ne ressentent pas plus ou moins l'influence générale.

Je dirai d'abord que ceci a été positivement nié quant à la peste. Au rapport de Desgenettes, plusieurs épidémies de peste ont eu lieu sans qu'on ait eu à observer cette influence générale. Qui ne sait ensuite que, dans ces grandes calamités, peu d'individus ont assez de fermeté pour demeurer impassibles ; que la plupart vivent dans des terreurs continuelles, passent leurs jours à analyser leurs sensations, à scruter leurs organes ?

Quatrième caractère. — Les maladies épidémiques reviennent et cessent souvent dans la même saison et ont en général la même durée.

Il y a ici une véritable méprise : ce sont les maladies *endémiques* qui ont ce caractère, et non les maladies *épidémiques*.

Essentiellement soumises aux influences des localités, les endémies ont en effet cette espèce de périodicité ; on peut communément en prévoir le retour et en assigner la durée. Pour les épidémies, rien de semblable. On prétend, dans le rapport, que les épidémies de peste se montrent en Egypte une fois environ dans l'espace de huit à dix ans ; mais on convient que l'intervalle qui les sépare est très-variable.

Cinquième et dernier caractère. — Une maladie épidémique est souvent précédée par d'autres affections plus ou moins graves, plus ou moins généralisées, qui lui servent en quelque sorte d'*avant-coureurs*.

Ce sont des avant-coureurs bien infidèles : d'abord ils peuvent manquer, et ensuite quels sont-ils ? des affections plus ou moins graves et plus ou moins généralisées. Mais quelle est la population qui n'est pas toujours travaillée par des affections plus ou moins graves et plus ou moins généralisées ? Faudrait-il en conclure qu'elle est par cela sous la menace perpétuelle d'épidémie.

Ce caractère n'a donc pas plus de fondement que les autres ; c'est une théorie qu'on ne saurait admettre. J'ai dit que, du reste, la commission n'en avait fait aucune application ; qu'elle l'a laissé, dans le rapport, à l'état de théorie. Cependant, comme elle a mentionné dans la dernière partie du rapport un sixième caractère particulier aux épidémies de peste, à savoir, que dans ces conditions la peste serait *communicable*, tandis qu'elle ne le serait pas à l'état sporadique, en ce sens, il y avait lieu à faire une application de la théorie que nous venons d'examiner.

Si on se reporte aux conclusions pratiques, on verra en effet que la commission propose de placer auprès des consuls, dans le Levant, des médecins dits *sanitaires*, chargés de déclarer, dans des certificats annexés aux patentes, si la peste est ou n'est pas épidémique, et partant si la patente doit être brute ou nette.

Je ne veux pas examiner pour le moment si ce sixième caractère est

vrai : ce que je veux faire remarquer, c'est que, même dans ces circonstances, la théorie en question ne serait d'aucune utilité ; le médecin sanitaire ne pourrait en faire aucune application.

En effet, vous voulez que, pour s'assurer de l'épidémicité du mal, il se mette à rechercher si les cinq caractères existent. Il faudra donc qu'il se mette d'abord à rechercher s'il y a eu des avant-coureurs, c'est-à-dire des maladies plus ou moins graves et plus ou moins généralisées ; mais comment n'en trouverait-il pas ? puis si les autres maladies portent l'empreinte du génie épidémique, etc. Je puis assurer d'avance que si jamais des médecins sanitaires se trouvent attachés aux consulats, ils s'en rapporteront tout simplement à la notoriété publique ; ils se borneront à s'enquérir si la peste attaque ou n'attaque pas dans un temps donné un *grand* nombre d'individus ; et si cette dernière circonstance a lieu, ils certifieront qu'il y a épidémie. Cette théorie aura donc le sort de toute théorie fausse en principe : elle ne sera d'aucune utilité dans la pratique.

J'arrive maintenant à la troisième et dernière partie : c'est assurément la plus importante ; je dirai même que le rapport tout entier est dans cette troisième partie, puisqu'elle est consacrée à la solution du problème qui préoccupe aujourd'hui tous les esprits.

§ III. — *Influence exercée par les pestiférés eux-mêmes.* — Ce que je reprocherai d'abord ici à la commission, c'est de n'avoir pas eu la franchise de son opinion ; il s'agissait, pour elle, de se prononcer sur le fond de la question, question, du reste, que son rapporteur avait parfaitement posée quand il a demandé *si la peste est transmissible en dehors des foyers épidémiques ;* et pour qu'on ne s'y méprît pas, il ajoutait : « C'est là, messieurs, la plus capitale des questions que l'Aca-
« démie doit résoudre : la solution est-elle affirmative, c'est le maintien
« du système sanitaire ; est-elle négative, c'est la condamnation des laza-
« rets et des quarantaines. » (P. 773.)

Je n'ai pas altéré un seul mot ; voilà textuellement la question posée par la commission.

Comment a-t-elle répondu à cette question ? chacun le sait : par l'affirmative, et par l'affirmative la plus nette, la plus absolue, la plus explicite, et qui n'admet pas le plus petit doute, qui donne le fait comme *incontestablement* reconnu.

Donc, et la conséquence est rigoureuse, c'est la commission elle-même qui l'a tirée, elle veut le maintien du système sanitaire : elle ne condamne nullement les lazarets et les quarantaines. Mais maintenant, ce qu'il y a de plus singulier, c'est que la commission a la prétention de ne pas être *contagioniste !* Elle voulait positivement le déclarer dans le rapport, en vertu d'une certaine définition de la contagion ; définition

en usage, non pas dans la science, mais dans l'école d'Abou-Zabel.

Établissons d'abord les faits. La commission a formulé ainsi sa réponse; c'est la seizième conclusion :

« Il est incontestable que la peste est transmissible en dehors des « foyers épidémiques, soit à bord des navires en mer, soit dans les « lazarets d'Europe. » (P. 841.)

On le voit, il n'y a pas de place ici pour le plus petit doute. Dans les autres conclusions, on admet certaines restrictions, on dit que le fait n'est pas entièrement prouvé; qu'il n'a pas été positivement constaté, etc., etc. Ici le fait est donné comme incontestable ; et cependant, je le répète, la commission voulait déclarer qu'elle n'était pas contagioniste, et elle l'avait déjà fait à l'aide d'un subterfuge.

On sait comment la contagion a été entendue dans la science depuis trois siècles, c'est-à-dire depuis Fracastor. On sait qu'il y a plusieurs *modes* de contagion; que tantôt il faut une *inoculation*, il faut que les téguments soient entamés (*dilaceratur cutis*); que tantôt il suffit d'un simple *contact* (*solo contactu afficiuntur*); que d'autres fois la maladie se communique à distance (*contagionem transferunt ad distans*); que tantôt enfin il suffit de faire usage de hardes et de vêtements (*quæ apta sunt conservare seminaria prima contagionis*). (Frascastorii, *De contag.*, lib. I, 220 et 221, Ludg., 1550.)

Voilà comment la contagion a toujours été comprise dans les écoles d'Europe, et tout a été organisé dans les lazarets pour prévenir ces différents modes de contagion. C'est pour cela qu'on ne se borne pas à empêcher le contact avec les malades, mais qu'à l'aide de grilles de fer on les éloigne à 12 ou 15 mètres; qu'on brûle ou qu'on purifie leurs effets, etc., etc.

Mais la commission, dans les premières épreuves du rapport, avait jugé à propos de restreindre la signification du mot contagion à un seul mode de transmission : celui qui se ferait par le contact et à l'air libre ou dans un lieu bien ventilé. Et, partant de là, elle voulait hautement se déclarer *non-contagioniste*. Mais M. Bégin, avec son bon sens ordinaire, a fait remarquer à la commission que ceci paraîtrait une énormité, de dire qu'on n'est pas contagioniste quand on assure qu'il suffit de s'approcher d'un malade pour contracter sa maladie, quand on assure que cette maladie peut être *importée* dans un de nos ports, loin de tout foyer épidémique, et communiquée par un seul individu malade à toute une population saine.

Or, pour sortir de cette difficulté, qu'a proposé M. Bégin ? De ne pas dire un mot de la contagion, de ne plus en parler du tout dans le rapport ; ce qui serait un fait jusque-là inouï, que dans un rapport sur la peste on n'ait pas même prononcé le mot de contagion.

Mais maintenant, voici ce qui est arrivé, et ceci servirait à démontrer au besoin la puissance d'un mot, non pas mis en sa place, mais ôté de sa place.

C'est que beaucoup de gens, d'ailleurs bien intentionnés, s'y sont laissés prendre ; ils ont cru véritablement que la commission, ne parlant pas de la contagion, était nécessairement contre la contagion, et que, partant, elle allait demander au gouvernement la suppression des lazarets et des quarantaines. Je ne sais si l'on n'a pas même fait courir le bruit que l'administration sanitaire, effrayée de cette hardiesse de la commission, avait semé la division dans son sein. Si cela est, il faut convenir que déception n'a jamais été plus complète : c'était au contraire la commission qui était effrayée du radicalisme du gouvernement ; aussi propose-t-elle de maintenir en suspicion les personnes et les choses qui viennent de Tunis et du Maroc, bien que le ministre ait aboli la quarantaine pour les provenances de ces deux contrées.

Mais en voici assez sur ce point : je vais rechercher maintenant pourquoi la commission, dans son rapport, s'est montrée plus contagioniste que le gouvernement ne paraît disposé à l'être, et plus contagioniste que les médecins égyptiens.

Ceux-ci, en effet, soutiennent que si la peste est contagieuse, c'est seulement dans les foyers épidémiques ; ils professent que la peste ne peut être *importée*, c'est-à-dire qu'une fois hors des foyers épidémiques, cette affection ne peut se transmettre d'un individu malade à un individu sain ; ils assurent que tous les pestiférés transportés dans des lieux non soumis à la constitution pestilentielle meurent ou guérissent sans transmettre leur maladie à personne. Mais la commission n'a pas admis cette opinion ; elle dit que le foyer épidémique n'est pas tellement inhérent aux lieux, qu'il ne puisse en être déplacé et transporté au loin ; elle dit que s'il y a des foyers immobiles, il y a des foyers *mobiles :* c'est l'expression de son rapporteur. « Il suffit, dit-il, qu'un pestiféré sé-« journe ou ait séjourné quelque temps dans un navire, pour qu'on « voie bientôt la terrible maladie se reproduire dans une longue série « d'individus. » (Rapp., p. 803.)

De sorte que, d'après cette doctrine, un individu peut emporter en quelque sorte à la semelle de ses souliers toute une constitution pestilentielle ! Ce n'est pas tout, ajoute le rapporteur : « Le pestiféré, dans un « lazaret européen, y devient la cause qui développera chez d'autres in-« dividus l'affection dont il est atteint. » Il y a plus encore : le pestiféré n'est pas toujours nécessaire ; la chambre d'un navire ou d'un lazaret, une fois imprégnée des miasmes qui se sont échappés de son corps, renferme le poison pestilentiel et suffit pour communiquer la maladie. Telles sont, je le répète, les doctrines de la commission, qui se défend néanmoins de croire à la contagion de la peste. (*Loc. cit.*)

Suivant elle, ces doctrines sont incontestables : « Elles sont la traduc-« tion logique, dit le rapporteur, d'observations authentiques et qu'on « ne saurait nier. » (Page 803.)

Je prie l'Académie de bien remarquer ces mots, car l'examen auquel je vais maintenant me livrer aura précisément pour but de rechercher si ces observations sont en effet authentiques, et s'il n'est pas permis de les nier.

Au dire de la commission, ces observations seraient au nombre de dix et les cas au nombre de trente-trois ; nous disons qu'elles sont au nombre de quatre, et voici pourquoi : Que s'agit-il de prouver ? la contagion de la peste en dehors des foyers épidémiques, ou, comme le dit la commission, la transmissibilité de la maladie loin des lieux où elle a pu être contractée. Or, comme il est prouvé que la peste ne se déclare pas immédiatement, qu'il faut un temps d'*incubation* plus ou moins long, il est évident qu'il faut mettre de côté tous les cas dans lesquels la maladie a pu être primitivement contractée au foyer même de l'épidémie, et cela quel qu'ait été le temps de l'incubation : donc, toutes les fois qu'il s'agira de cas de peste attaquant exclusivement l'équipage d'un navire venant de lieux où règne la maladie, ces cas ne pourront être acceptés comme propres à prouver la transmissibilité en dehors de tout foyer épidémique.

Nous ne pourrons accepter comme probants que les cas dans lesquels la peste se serait déclarée chez des individus étrangers aux équipages : alors seulement, et si ces faits sont authentiques, la transmissibilité pourra être prouvée, puisque ces malades n'en auront pas été puiser le germe aux foyers épidémiques. Telles sont les raisons qui nous obligent à élaguer six observations des dix que nous présente la commission.

Le rapporteur, je le sais, n'a pas cru devoir faire cette distinction : toutes les fois que la maladie mettait plus de huit jours à se déclarer, ce n'était plus, pour lui de l'incubation, c'était de la transmissibilité ; toutefois, il a fini par reconnaître qu'il y avait lieu au moins à une double interprétation.

Mais voyons chacun de ces faits en particulier.

Le premier relaté dans le rapport est celui du capitaine Contel, commandant la pingue *l'Étoile du Nord*, parti d'Alger le 9 juin 1741 et arrivé à Marseille le 19 du même mois. Ce cas est donné comme un exemple authentique de transmissibilité de la peste dans le lazaret même de Marseille, la maladie ayant attaqué un chirurgien et un garde de santé renfermés dans l'enclos des contaminés.

Je ne dirai pas que ce premier exemple est mal choisi ; la commission, n'en ayant que quatre, devait tout accepter. Mais on va voir quel singulier dilemme s'est posé le rapporteur : « Le défaut de détails, dit-il,

« nous met dans la nécessité, ou de regarder ces faits comme peu di-
« gnes de confiance, ou de les accepter sans discussion. » (P. 776.)

Maintenant quel parti va prendre le rapporteur? Rejettera-t-il ces faits; les acceptera-il les yeux fermés? Il les acceptera : « Nous prenons « ce dernier parti, dit-il, qui nous paraît le *mieux fondé en raison!* » (*Loc. cit.*) Comment, le parti qui consiste à accepter des faits privés de détails suffisants, de détails propres à en assurer l'authenticité, est un parti mieux fondé en raison que celui qui consiste à les rejeter comme peu dignes de confiance! Voilà assurément ce que personne ne comprendra. Je ne veux pas insister; mais il est évident que cette première observation est de nulle valeur. Je passe à la seconde.

Celle-ci est la troisième de la série; elle est relative au capitaine Millich, commandant le brick *l'Assomption*, parti d'Alexandrie le 18 mars 1784, et arrivé à Marseille le 30 avril de la même année.

Le 23 mai, on constate la maladie d'un garde surnuméraire qui avait été employé auprès des passagers du capitaine Millich. Ce garde meurt le 26 mai. Le médecin et le chirurgien du lazaret déclarent qu'il a succombé à une *fièvre maligne*. (P. 780.)

Le 30 mai, un autre garde, également employé auprès des passagers, meurt après quelques jours de maladie; le médecin et le chirurgien du lazaret déclarent que « dans les symptômes par eux observés pendant la « vie, et dans les dérangements qu'ils ont appréciés après la mort, ils « ne reconnaissent *aucun* signe de la maladie contagieuse. » (P. 781.)

Nous avons vu tout à l'heure la commission admettre un fait sans discussion, un fait privé de détails suffisants; ici elle trouve le médecin et le chirurgien du lazaret trop scrupuleux; elle demande si on n'est pas en droit de leur adresser un reproche : celui d'avoir dissimulé la vérité, ou celui de n'avoir pas vu la peste là où elle était. (P. 781.) De sorte que la commission est ici plus contagioniste que les médecins de Marseille en 1784.

Mais poursuivons :

Le 10 juin, un autre garde surnuméraire tombe malade; il meurt au bout de quelques jours : l'autopsie n'est pas faite. Le médecin et le chirurgien du lazaret trouvent que cette maladie n'a pas été caractérisée d'une manière bien claire pour eux; toutefois, ils ajoutent qu'ils ont les plus forts *soupçons* de la maladie contagieuse.

Que dit votre commission? Ce malade s'appelait Aymès. « Nous pen-
« sons, dit le rapporteur, que Sylvestre Aymès a succombé à une peste
« contractée dans l'enclos. » (P. 782.)

Ainsi la commission, qui a la prétention de ne pas être contagioniste à l'endroit de la peste, trouve trop timorés ou trop scrupuleux les témoins oculaires, et après plus d'un demi-siècle, n'ayant par-devers elle

que des faits incomplets, incertains, elle voit la maladie contagieuse là où ceux-ci ne l'ont pas vue, là où ils ne l'ont que soupçonnée.

Poursuivons :

Le 13 juin, un chirurgien quarantainaire qui avait soigné les malades dont nous venons de parler, tombe malade lui-même. Il se plaint d'une grande diminution de forces, de manque d'appétit. Il est d'une grande pâleur ; il porte à l'aine droite une glande assez engorgée. Le 14, il est mieux, mais son bubon l'inquiète (ici je copie textuellement : on va voir comment se comporte ce singulier bubon). Le 15, M. Blanc croit avoir moins de fièvre. Le 16, il vient à la grille : on reconnaît que son bubon est plus saillant, plus rouge, plus douloureux. Le 17, il pratique lui-même deux incisions. Le 18, il vient de nouveau à la grille : son bubon est moins douloureux ; il fournit du pus. M. Blanc se trouve beaucoup mieux ; il a bon appétit. (Page 783.)

Suit une série de certificats jusqu'à la cicatrisation du bubon et l'entière guérison du malade.

Ce fait est admis, comme les autres, par la commission, c'est-à-dire sans discussion. On ne se demande pas si le chirurgien Blanc, qui s'inquiète d'un bubon situé à l'aine droite, qui n'éprouve qu'un peu de malaise général, peu ou point de fièvre, bon appétit, etc., ne serait pas tout simplement atteint d'un bubon vénérien. Ce fait est admis comme un cas de contagion incontestable.

Mais ce n'est pas tout : presque en même temps que le chirurgien Blanc, un autre garde de santé, le nommé Isnard, était tombé malade ; il portait à l'aine droite une glande engorgée de la grosseur d'un œuf de poule. Il succombe après six jours de maladie ; l'autopsie n'a pas été faite. (Page 783.)

Ici la commission conçoit qu'on pouvait, après tout, conserver quelques doutes sur l'existence de la peste chez les malades dont nous venons de nous occuper ; mais elle ajoute que si ces doutes existaient, ils seraient complétement levés par une déposition que le capitaine Millich a faite ultérieurement. Nous avons lu cette déclaration ; elle n'a nullement trait aux malades dont nous venons de parler : le capitaine se borne à raconter que plusieurs jours de suite il y eut des troubles extraordinaires parmi ses passagers barbaresques, que de temps à autre on jetait des cadavres à la mer, et qu'il perdit ensuite plusieurs hommes de son équipage.

Telle est en substance la seconde observation citée par la commission : je passe à la troisième.

Le capitaine Bernardy, commandant le vaisseau français *la Providence*, parti de Bone le 14 mai 1786, arrive à Marseille le 23 du même mois. Il entre en quarantaine et perd plusieurs hommes de son équi-

page. M. Paul, chirurgien quarantainaire, qui les avait soignés, s'avance à la grille et déclare qu'il se sent lui-même malade : il s'est aperçu, dit-il, qu'il porte à l'aine gauche une glande engorgée ; le bubon grossit les jours suivants. M. Paul, après beaucoup d'hésitation, en fait lui-même l'ouverture ; une suppuration abondante et de bonne nature s'établit. M. Paul est complétement guéri le 7 septembre suivant (790).

M. Paul est le seul malade étranger à l'équipage du capitaine Bernardy : ce prétendu cas de peste aurait donc été communiqué dans le lazaret ; mais le rapporteur déclare lui-même que le malade n'a reçu les soins directs d'*aucun* de ses confrères, qu'il n'a été vu, et encore quand il venait à la grille, qu'à une distance de douze mètres environ, et sans doute à l'aide d'une lunette d'approche. Que penser alors de l'authenticité de ce fait ? Le rapporteur déplore la barbarie de ces procédés, il s'en indigne, et avec raison ; mais à côté de la question d'humanité, il y a la question de science, et c'est à ce double titre qu'il fallait s'élever contre cette manière de procéder : il en résulte en effet que les malades, dans ces circonstances, n'ont été ni traités ni *observés ;* donc il n'aurait pas fallu donner ces faits comme incontestables.

J'arrive à la quatrième et dernière observation. Elle est beaucoup plus récente ; c'est la huitième de la série.

Le capitaine Anderson, commandant le navire *la Constitution*, parti de Sousse le 15 avril 1819, relâche à Tunis, et arrive à Marseille le 1er mai de la même année.

Le 13 mai, Michel Fabre, garde de santé employé sur le navire, tombe malade : il est bientôt trop faible pour venir à la grille ; mais il reçoit les soins d'un chirurgien quarantainaire. Le rapport qui rend compte de la maladie ne signale guère, sauf les bubons, dont la découverte a été faite lors de l'inspection du cadavre, que des symptômes typhoïdes : hémorrhagies nasales répétées, céphalalgie, diarrhée, faiblesse extrême, délire, etc. La commission se félicite d'avoir enfin trouvé un fait un peu plus détaillé que les autres ; mais elle regrette que nos confrères de Marseille n'aient pas cru devoir se rendre chaque jour dans la chambre du malade pour observer *par eux-mêmes* les symptômes et saisir en temps opportun les indications à remplir. (P. 797.)

Telles sont les observations invoquées dans le rapport de la commission : c'est à ces documents que se réduisent les faits de contagion de la peste en dehors des foyers épidémiques ; on peut en apprécier maintenant la valeur. La commission les a trouvés de la plus haute importance. « Nous ne craignons pas, dit-elle en terminant, que vous nous « reprochiez de nous être trop appesantis sur ces faits, qui n'ont jamais « été publiés avec les détails nécessaires pour les faire apprécier. » (P. 802.)

La commission doit se rassurer : ce n'est pas là le reproche qu'on sera tenté de lui adresser ; elle ne s'est pas trop appesantie ; on lui reprochera plutôt d'avoir été trop sobre de réflexions, d'avoir manqué de sévérité, d'avoir cru donner des détails là où elle n'en donnait pas, d'avoir donné enfin à ces faits une valeur qu'ils n'ont pas.

Suivant la commission, ces faits résolvent affirmativement la question de transmissibilité de la peste dans les lazarets d'Europe : « Comment « en douter, dit le rapporteur, quand on a étudié ces faits sans préven- « tion ? » (P. 802.)

Je répondrai à cela que c'est précisément parce que j'ai étudié, pour ma part, ces faits sans prévention aucune, que j'ai fini par être ramené au doute le plus complet sur ce point. Une étude peu attentive m'avait d'abord conduit à partager l'opinion de la commission : je ne m'en suis pas caché ; je n'ai jamais fait mystère à mes collègues des variations par lesquelles a passé mon esprit. J'ai donc été d'abord fortement ébranlé ; mais plus j'ai étudié les faits de Marseille, plus j'en ai senti l'insuffisance, et j'ai été ramené, je le répète, au doute le plus complet sur cette grande question de la contagion de la peste dans les lazarets d'Europe.

Il faudrait donc en appeler à de nouveaux faits ; mais ces faits, où les trouver ? à qui les demander ? Je parle de faits, non pas négatifs, mais positifs ; et, pour le dire ici en passant, n'est-ce pas chose bien remarquable qu'une commission comme la nôtre, formée de onze membres qui tous ont demandé par excès de zèle à en faire partie, après plus d'une année de recherches, après avoir fait comparaître en quelque sorte devant elle les défenseurs de toutes les opinions, après avoir pris connaissance de tous les ouvrages publiés sur la matière, après s'être fait ouvrir les cartons des ministères et des intendances sanitaires, après avoir remonté au delà d'un siècle dans ces vieilles archives, n'est-ce pas chose bien remarquable, dis-je, qu'elle n'ait trouvé en fin de compte que *quatre* observations en faveur de l'opinion qui veut que la peste soit contagieuse en dehors des foyers épidémiques, c'est-à-dire dans les lazarets d'Europe ! ! quatre observations seulement, dont l'une manque absolument de détails, et qu'on propose d'adopter de confiance, sans discussion, et dont les autres portent sur des sujets ayant eu des symptômes équivoques, ou qui ont été vus à distance, à travers des lunettes d'approche, ou plutôt à travers le prisme de la terreur.

Il faut en effet s'être transporté sur les lieux pour savoir avec quelles préventions et sous l'empire de quelles idées on accueille, à Marseille, tout ce qui, de loin ou de près, se rattache aux maladies réputées contagieuses.

Dès le début de nos travaux, j'avais pensé que, puisque nous ne pouvions observer la peste par nous-mêmes, nous devions au moins

aller chercher un complément d'instructions dans cette cité tournée vers l'Orient, et qui, grâce à la vapeur, n'en est plus distante que de quelques jours.

Notre honorable secrétaire et M. Mélier avaient eu sans doute la même idée ; car, à peu de jours de distance, nous nous trouvâmes tous trois à Marseille. L'art médical a, comme l'art militaire, ses champs de bataille ; et pour bien connaître les grandes scènes qui s'y sont passées, il faut visiter le terrain, il faut aller voir sur les lieux comment le fléau s'y est comporté et quels souvenirs il a laissés dans les populations.

Parti de Paris le 18 août dernier, le 24 j'étais à Marseille : je n'avais aucune espèce de mission ; j'étais un simple voyageur, curieux de voir, et voilà tout. Je voulais à la fois interroger les lieux et les hommes ; mais jamais je n'ai aussi bien reconnu à quel point il est difficile de trouver la vérité. A l'exception de quelques hommes véritablement instruits, et que j'ai rencontrés surtout parmi les médecins, je n'ai trouvé que des esprits prévenus, je dirais presque exaspérés. Marseille m'a paru une ville couverte de la rouille de tous les préjugés en ce qui concerne les maladies réputées contagieuses, et il faut prendre garde d'y dire trop haut ce qu'on pense à ce sujet. A Marseille, le peuple, d'ailleurs si impressionnable, est élevé dans la crainte de Dieu, de la peste et de la fièvre jaune. En vain le gouvernement central avait modifié le régime sanitaire, l'intendance n'exécutait pas les ordonnances ; elle les considérait comme non avenues. Quelques médecins en gémissaient ; mais ils n'osaient rien dire : Si nous émettions notre opinion à ce sujet, disaient-ils, et que plus tard une maladie quelconque vînt à régner épidémiquement dans la ville, le peuple s'en prendrait tout d'abord à nous et nous mettrait en pièces.

La croyance à la contagion est donc générale dans l'ancienne ville des Phocéens ; c'est presque une passion, et elle y est encore attisée par l'esprit de parti. *La Gazette du Midi* s'attache à entretenir ces terreurs par le récit des histoires les plus lamentables.

On conçoit que dans un tel état des esprits, il y avait peu de renseignements à obtenir ; la science n'a rien à faire là où s'agitent les passions populaires et les intrigues de la politique. Je dus en conséquence me reporter vers l'étude des conditions locales ; les souvenirs de la peste de 1820 sont encore vivants dans cette ville. A l'aspect de son port et des quartiers du vieux Marseille, on conçoit avec quelle fureur a dû sévir le fléau. La nouvelle ville elle-même, quoique spacieuse, propre et bien aérée, n'en reste pas moins groupée autour d'un port dont l'infection est proverbiale. Sept à huit cents bâtiments de

commerce, sans compter les bateaux à vapeur, étaient rangés le long des quais, plongés dans une eau noire et fétide.

J'avais pris une barque pour aller visiter, en compagnie d'un jeune médecin très-distingué du pays (1), les îles de Pomègue, de Ratonneau et du Château-d'If. On sait quelle est la pureté et l'excessive transparence des eaux de la Méditerranée; mais une fois entré dans le port, il faut littéralement se boucher le nez à chaque coup de rame, tant sont infectes les exhalaisons qui s'en échappent; et c'est dans ce cloaque immonde que vivent les équipages d'un millier de bâtiments.

A l'aspect de ce port et des rues qui l'avoisinent, je me représentai les épouvantables épisodes de la peste qui, à pareil jour, le 25 août, il y avait 125 ans, y déployait toutes ses fureurs. Ce port était une sentine dans laquelle on jetait à la fois et des cadavres de pestiférés et les chiens qui les dévoraient; ce devait être alors une ville de la Basse-Égypte, et comme en Orient, vers la fin de l'épidémie, pour toutes mesures hygiéniques, on se bornait à blanchir à la chaux les chambres qu'avaient occupées les pestiférés. Quant au port, on ne songea pas même à le désinfecter, et depuis lors les choses sont restées à peu près dans le même état. On ne comprend pas cette incurie dans une ville aussi riche et aussi active. Marseille débourse en ce moment 20 millions pour se faire apporter les eaux de la Durance; des travaux gigantesques ont été entrepris; le seul aqueduc de Roquefavour coûte 3 millions, et on n'a encore rien fait pour assainir le port! Marseille veut à tout prix boire de l'eau pure, et ne s'inquiète nullement de respirer un air insalubre.

Quelques-unes de ces remarques ont été faites dans le rapport de la commission; mais on n'en a pas tiré de conclusions pratiques à l'égard de Marseille, tant on était préoccupé des idées de contagion et d'importation.

J'y reviendrai tout à l'heure; pour le moment j'insiste sur ce fait que l'opinion contagioniste, à Marseille, ne repose sur aucun fait authentique : on vous cite des anecdotes, et voilà tout. On parle de milliers de faits, et quand on demande des preuves scientifiques, on ne donne que des témoignages suspects. Ceci explique pourquoi la commission, qui voulait mettre un peu de sévérité dans ses recherches, n'a pu tenir compte que des documents fournis par l'intendance. Ces faits nous sont connus, je n'y reviendrai pas : je vais maintenant, et pour terminer, examiner rapidement en quoi consistent les conclusions pratiques du rapport soumis à l'Académie. Je le ferai en peu de mots.

(1) M. le docteur Jeanselme.
Qu'il me soit permis de remercier ici publiquement M. le docteur Cauvière de l'accueil bienveillant et cordial qu'il a bien voulu me faire.

Nous avons vu que la partie scientifique ou médicale du rapport, avec ses trente conclusions, est divisée en trois sections :

La première comprenant tout ce qui peut résulter de l'insalubrité des lieux et de la misère des habitants ;

La seconde comprenant tout ce qui peut résulter de la constitution pestilentielle ou du génie épidémique ;

La troisième tout ce qui peut résulter de l'influence exercée par les pestiférés eux-mêmes.

Mais la commission n'a pas voulu seulement poser des principes, établir des faits purement scientifiques ; elle a joint à son rapport un supplément pratique, une série de déductions. Elle a voulu elle-même, comme elle l'a dit, interpréter les faits. D'autres auraient pu aller trop loin ou rester en decà ; elle s'est chargée elle-même de ce soin.

Mais, je l'ai dit en commençant, la commission a laissé sans interprétation les deux premières parties de son rapport : après avoir exposé longuement tout ce qui a trait à l'insalubrité des lieux, principalement dans les contrées brûlantes qui avoisinent la Méditerranée, elle n'en a fait aucune application, pas même en ce qui concerne le seul port français en relation avec ces mêmes contrées ; elle n'a pas jugé à propos de demander avant tout l'assainissement du bassin de Marseille.

Après avoir fait l'histoire des constitutions pestilentielles, elle n'en a également rien inféré pour la pratique.

La commission n'a tiré de déductions pratiques que de la troisième partie du rapport, et cette interprétation a été un nouveau réglement à l'usage des lazarets.

J'ai souvent entendu prononcer le nom de M. Chervin dans nos discussions de la commission. M. Bégin avait fini par dire que la peste ressemblait furieusement à la fièvre jaune : et quand on lui citait les faits de Marseille, il répondait : Allez à Cadix, on vous en citera bien d'autres et de la même force pour la fièvre jaune.

Notre honorable rapporteur, qui croyait, dans son étiologie de la peste, avoir substitué la doctrine de l'infection à celle de la contagion, a souvent invoqué le nom de M. Chervin : c'était, en effet, une grande autorité ; mais si ce regrettable collègue était encore parmi nous, je voudrais bien savoir ce qu'il penserait en voyant ses doctrines aboutir, entre les mains de la commission, à la promulgation d'un nouveau code à l'usage des lazarets.

C'est là, en effet, et à cela seulement qu'aboutit, en fin de compte, le travail de la commission.

Ce n'était point là cependant ce que devait se proposer la commission ; le gouvernement ne nous avait pas demandé un nouveau réglement pour les lazarets : c'est là ce que la minorité de la commission s'est

efforcée de prouver. Nous devions nous borner, disions-nous, à demander des *réformes*, et rien de plus; nous n'avons pas mission de faire des réglements administratifs.

La majorité de la commission nous a fait une concession, elle nous a accordé de placer en tête de ses propositions réglementaires qu'elle les émettait sous forme de *vœux ;* mais rien n'a été changé dans la forme de ces propositions. C'est toujours la forme impérative d'un réglement, soit qu'il s'agisse de mesures à prendre au départ des navires, soit qu'il faille les prendre pendant la traversée ou à l'arrivée en France.

Ces propositions sont divisées en cinq sections et trente-sept paragraphes, qui, avec les trente conclusions scientifiques du rapport, font plus de soixante paragraphes à discuter et à mettre aux voix, indépendamment du corps du rapport.

Nous avons dit, dans la commission, quelles seraient les difficultés d'exécution en séance académique, si la commission persistait à présenter son réglement ; nous n'y reviendrons pas ici.

Nous nous bornerons à résumer nos objections sur l'ensemble du travail soumis à l'Académie, et c'est par là que nous terminons.

Nous avons dit que ce travail nous avait paru trop étendu, et que dans beaucoup de parties il s'éloignait du but que devait se proposer la commission.

Nous ne proposerons pas à l'Académie de le mutiler : il y a d'excellentes choses dans toutes ses parties, même dans celles qui n'étaient pas rigoureusement nécessaires.

Seulement, en ce qui concerne la première partie, nous demanderons qu'on en tire du moins une application relative au port de Marseille, et qu'on passe sous silence tout ce qui a trait au gouvernement égyptien. La peinture de ce malheureux pays est exacte : laissons à qui de droit la responsabilité des maux qui accablent ses infortunés habitants.

Pour ma part, je ne propose d'accuser personne ; mais je ne veux pas m'associer à ce verdict de disculpation.

Disons comment la civilisation pourrait de nouveau chasser la peste de l'Égypte ; mais prenons garde de faire l'éloge de ceux qui jusqu'à ce jour n'ont été peut-être que des oppresseurs.

Quant à la seconde partie du rapport, je n'en demanderai pas non plus le retranchement : on peut la conserver comme un résumé des opinions des auteurs sur les épidémies en général ; je demanderai seulement que les cinq caractères des épidémies soient mentionnés sous la forme du doute, si la commission tient à les conserver.

Mais la troisième partie du rapport me paraît devoir être profondément modifiée.

Les observations qui en forment la base ne paraissent pas suffisantes

pour que l'Académie se prononce d'une manière aussi absolue sur la question de la contagion de la peste en dehors des foyers épidémiques, et conséquemment sur le maintien des lazarets et des quarantaines, du moins d'une manière définitive.

L'Académie ne me paraît pas autorisée, d'après les faits, à admettre comme *incontestable*, ce sont les termes mêmes du rapport, à admettre comme incontestable, dis-je, la contagion de la peste dans ces conditions ; toutefois elle ne me paraît pas non plus autorisée à rejeter, à nier cette contagion d'une manière absolue.

La question scientifique, dans l'état actuel des choses, n'est donc pas résolue ; il faut la remettre à l'étude, et conséquemment il ne faut pas se prononcer.

L'Académie des sciences, interrogée par le gouvernement, n'a pas cru devoir répondre, du moins jusqu'à ce jour ; gardons-nous de mettre trop de précipitation dans notre réponse, nous qui répondons de nous-mêmes sans avoir été interrogés.

Quant à la question administrative, c'est-à-dire au régime des lazarets et des quarantaines, je ne proposerai pas à l'Académie d'en demander la suppression immédiate et complète ; je me rallierai à toute proposition qui aura pour but d'y introduire les réformes demandées de toutes parts.

Attendons que la question de la peste soit aussi bien éclaircie que celle de la fièvre jaune ; qu'il se rencontre un homme de la trempe de M. Chervin, un homme qui puisse un jour donner à la science des documents aussi décisifs. C'était le vœu qu'il formait lui-même à ses derniers moments : Qu'il surgisse de ma cendre ! semblait-il dire : *exoriare aliquis nostris ex ossibus*..

Alors et seulement alors nous pourrons demander l'abolition complète de ce système : jusque-là, je le répète, demandons des réformes ; mais ne posons pas, ne consacrons pas des entraves.

— M. Rochoux commence la lecture d'un discours dont la suite, vu l'heure avancée, est remise à la prochaine séance.

SÉANCE DU 26 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. ROCHE.

Peste ; quarantaines.—M. Rochoux a la parole pour la continuation du discours qu'il a commencé dans la séance précédente. Nous reproduisons l'ensemble de son argumentation.

Messieurs, au point de vue de la discussion actuelle, une appréciation complète du savant et consciencieux rapport de votre commission doit embrasser les faits et les doctrines dont il est le produit et leur application à notre système sanitaire. Les faits nombreux qu'on y trouve si richement accumulés sont la reproduction ou les analogues de ceux dont

les écrits des contagionistes avaient depuis longtemps mis la vérité au-dessus de toute contestation, et dont l'évidence m'était démontrée il y a déjà de longues années. Je ne puis par conséquent refuser mon approbation pleine et entière à ces faits pris dans leur ensemble. Aussi me bornerai-je presque entièrement à discuter les doctrines de la commission et les applications qu'elle croit devoir en faire. De là la division de mon travail en deux paragraphes.

§ I. — *Doctrines.* — Notre police sanitaire repose sur un système de contagion dont les bases, singulièrement remaniées depuis, ont été posées par Fracastor, ce médecin-poëte, qui croyait certaines ophthalmies susceptibles de se communiquer par le simple regard des malades. Il faut bien dès lors vous présenter un exposé rapide de ce système...

Ici M. Rochoux expose les opinions sur lesquelles reposent les principes de la contagion et les applications qu'on en a tirées.

Une fois admises comme vraies, ces opinions ne pouvaient manquer de devenir la source intarissable des conséquences les plus déraisonnables; car, comme l'enseigne Aristote, *posito uno absurdo multa sequuntur.* Les contagionistes devaient donc être naturellement conduits à proposer et à faire mettre en pratique des mesures prétendues préservatrices, dont l'extravagance le dispute à l'atrocité. Ainsi, non content d'être parvenu à établir des cordons, des lazarets, des quarantaines et des purges, on a pu brûler des villages atteints de peste (1), aux applaudissements de la foule, qui croyait trouver son salut dans ces barbares exécutions, et livrer au dernier supplice des malheureux accusés d'avoir empesté une ville en frottant les rampes des escaliers avec des emplâtres chargés de pus de bubons pestilentiels. On trouvait tout naturel de recommander aux prêtres de se servir d'une baguette d'environ un mètre de longueur pour administrer le saint viatique aux pestiférés sans s'exposer à gagner leur mal. Le fils devait dénoncer à l'autorité son père atteint de la peste ; en même temps il était défendu, sous peine de mort, de porter secours à des naufragés partis des lieux mis à l'index de l'intendance sanitaire, avant d'y avoir été autorisé par elle.

A Marseille, l'idée fixe de l'intendance est de chercher incessamment les moyens de porter au plus haut degré de perfection possible les mesures préservatrices. Effrayée par avance des améliorations à introduire dans notre système sanitaire, elle s'est mise en révolte ouverte contre tout projet de réforme.

Assurément il n'est pas nécessaire de réfuter avec détails des chimères que dans cette enceinte personne ne songe à défendre. Mais il était indispensable de vous les rappeler sommairement, puisqu'elles ont encore

(1) *Cremata est villa, una cum familia cujus erat, quæque ibi se receperat.* (Gassendi, *Noticia ecclesiæ Diniensis.*)

la vérité légale pour elles. Ce sera, en outre, un terme de comparaison très-propre à faire voir quelle serait la valeur d'un système sanitaire basé sur l'étude approfondie des deux ordres de causes morbifères, la contagion et l'infection, dont nous allons essayer d'apprécier l'influence.

1° *Contagion.* — Pour nous, *il y a contagion quand une maladie se transmet n'importe comment de malade à sain...*

Toute maladie contagieuse doit cette funeste propriété à l'existence d'un germe ou virus qui se produit chez les malades pendant une portion plus ou moins considérable de la durée des affections virulentes. Il diffère des poisons proprement dits en ce que ceux-ci agissent toujours en proportion de leur dose. Au lieu de cela, le virus possédant, comme l'avait très-bien vu Frascator, une véritable propriété de germination, analogue à celle de la graine d'un végétal, une parcelle extrêmement petite du délétère suffit aussi bien qu'une plus grande quantité pour faire naître le mal ; et cela arrive également sous chacun des trois états, savoir : solide, liquide et gazeux, que le virus est plus ou moins apte à prendre.

Quoique réunies par un caractère commun, les maladies contagieuses se divisent, eu égard à l'activité de leurs germes, en deux ordres. Les unes ont un germe persistant, doué d'une très-grande puissance de reproduction : ce sont la variole, la syphilis, la rage, la morve, la pustule maligne, etc. ; les autres ont un germe beaucoup plus faible, facile à détruire : ce sont les typhus proprement dits, au nombre desquels on doit principalement comprendre la peste d'Orient, le typhus des camps, le typhus nosocomial et le *typhus amaril*, si mal à propos confondu avec la fièvre jaune.

La contagion pure et simple, c'est-à-dire l'absorption du virus, suffit à elle seule, dans toutes les maladies du premier ordre, pour les développer et les répandre. Beaucoup moins actif, le germe des typhus a besoin d'être aidé dans son action par le concours d'un certain nombre de conditions extérieures, en l'absence desquelles le mal perd bien vite son activité et s'éteint promptement ; cela arrive même dans des circonstances les plus propres, s'il fallait en croire les contagionistes, à le propager. Ainsi, lors d'une peste à Rome en 1520, le peuple, fatigué de la voir continuer ses ravages malgré l'emploi des mesures de séquestration les plus rigoureuses, se réunit en masse pour célébrer une sorte de sacrifice expiatoire, à la manière des païens. Chose remarquable ! ajoute Paul Jove, le mal commença dès lors à diminuer et ne tarda pas à cesser. Quant aux autres typhus, le fait de leur prompte extinction, malgré la fréquence des communications, lorsque leurs autres causes ont cessé d'exister, est maintenant admis par tout le monde.

On ne tardera pas à en arriver là pour la peste. En attendant, rappe-

lons que, comme, suivant Calvert, les médecins les plus éclairés des temps anciens l'avaient reconnu, le délétère auquel elle doit son développement se trouve presque toujours répandu dans l'air à l'état gazeux, ce qui rend le contact des pestiférés à peu près sans danger, alors que la respiration des miasmes sortant de leurs corps exerce la plus fâcheuse influence, ainsi que Napoléon en fait la remarque au sujet de la peste de Jaffa. Cela étant, on ne peut scientifiquement pas s'appuyer sur une définition évidemment défectueuse de la contagion pour déclarer non contagieuse une maladie que l'on reconnaît être transmissible. Lassis et Ch. Maclean, en niant la contagion de la peste, voulaient en même temps qu'elle fût intransmissible.

2° *Infection.* — Le mélange avec l'air d'émanations miasmatiques, inaccessibles aux réactifs, constitue le seul genre d'infection dont nous ayons à nous occuper. Aussi variables dans leur composition que peuvent l'être les circonstances sous lesquelles s'effectue la décomposition putride des matières organiques dont elles proviennent, ces émanations produisent, par leur introduction dans l'économie, des affections très-variées par rapport à leur type, à leur persistance, à leur gravité, et toujours subordonnées, d'une part, à la qualité, de l'autre, à la quantité ou à la dose du principe infectant. Ainsi, ce n'est pas par l'état aériforme que, comme on le pense généralement, l'infection se distingue de la contagion, puisque le virus de la variole, celui de la morve, sont susceptibles de le revêtir, mais parce que dans un cas l'air contient un principe toxique, et dans l'autre un principe virulent. Il n'est pas alors seulement infecté, il est contagié. Au lieu de s'appuyer sur une différence accidentelle d'état, la distinction se trouve avoir pour base la nature même de l'agent délétère, qui demeure invariable malgré ses changements de formes, comme l'oxyde d'hydrogène est toujours le même, composé à l'état de glace, d'eau et de vapeur...

En s'attachant à ce système, M. le rapporteur considère avec raison l'air comme faisant simplement l'office de véhicule, eu égard au transport des particules toxiques, dont l'absorption est la véritable cause du mal. Par lui-même l'air est toujours vraiment passif, sans en excepter aucun des cas où la commission lui accorde de l'activité, par exemple les maladies développées sous l'influence de certaines conditions météorologiques ; car c'est évidemment comme froid ou chaud, sec ou humide, calme ou agité, etc., que l'air agit alors, et non en raison de ses qualités incohérentes, comme composé d'oxygène et d'azote.

Quant à l'épithète de paludéen, que la commission paraît disposée à appliquer à l'air infecté producteur de la peste, l'adoption d'un mot détourné de sa signification primitive me semble parfaitement inutile. A quoi bon, puisque paludéen veut dire marécageux, faire air paludéen

synonyme d'air vicié, à l'exemple de beaucoup de médecins, fort peu dignes en cela d'être pris pour modèles...

Ces réflexions, malgré leur petit nombre et leur brièveté, eu égard à l'importance du sujet, doivent vous convaincre, messieurs, que les idées de véritable étiologie, en conséquence desquelles on explique aujourd'hui par l'infection et la contagion le développement des affections typhiques, remontent à une époque fort ancienne et n'en valent pas moins à cause de cela. Il nous reste maintenant, pour achever l'appréciation de la portion doctrinale du rapport, à vous parler, entre autre choses, du caractère épidémique de la peste, sur lequel la commission a cru devoir longuement disserter...

Disons-le, puisque telle est la vérité, la seule manière scientifique et rationnelle de dénommer et de classer les maladies consiste à les envisager sous le rapport de leurs causes, des lésions d'organes, et enfin des symptômes qu'il nous est possible d'observer. Toute autre considération est secondaire, celle du nombre surtout, bien qu'elle puisse suffire à elle seule pour faire donner à une maladie le titre d'épidémique.

D'après cela, je ne m'arrêterai pas à rechercher si le caractère épidémique de la peste est bien prouvé par son retour à des époques indéterminées, ou par sa domination sur les autres maladies, qu'on voit plus ou moins complétement disparaître quand elle règne ; si l'apparition de fièvres intermittentes ou de typhus doit faire croire l'arrivée du fléau imminente ; s'il en est de même des douleurs survenant dans les anciennes cicatrices des bubons, etc. Je dirai seulement quelques mots sur la distinction de la peste en sporadique et en épidémique, fondée par la commission sur la non-contagion de la première et la contagion de la seconde. Mais avant, je dois faire remarquer que la période décennale à laquelle M. Hamont veut assujettir le retour de la peste épidémique est déjà dépassée de près d'un an et demi. Est-ce que cette loi, dont la commission s'est peut-être un peu trop empressée de cautionner l'exactitude, serait destinée à faire le pendant de la prédiction de M. Pariset, annonçant, en 1822, que la fièvre jaune s'était emparée, pour n'en plus sortir, d'une partie de la malheureuse Espagne, où cependant elle n'a pas reparu depuis ? Chacun est libre de résoudre cette question à son gré. Je la laisse donc, et j'en viens aux deux espèces de peste.

Sous le rapport de la pathologie, la contagion ou l'absence de contagion ne saurait être comparée à ces différences légères et néanmoins suffisantes pour détruire une identité faussement établie. La contagion est un caractère important, et peut-être le plus important des maladies qui le présentent. On aurait par conséquent grand tort de le considérer, à l'exemple de quelques médecins, comme un phénomène accidentel et de peu de valeur en pathologie. C'est pourquoi, s'il était bien prouvé

qu'à l'opposé de la peste épidémique, la sporadique fût dépourvue de toute contagion, il faudrait rejeter bien loin une dénomination propre à rapprocher deux maladies qui, dans cette hypothèse, seraient encore aux antipodes l'une de l'autre, quand même il serait prouvé que la sporadique n'apparaît qu'aux lieux où s'observe l'épidémique. J'en appelle à M. Gautier de Claubry, qui bien certainement renoncerait à faire du typhus et de la dothinentérie une maladie identique, s'il lui était prouvé, comme à beaucoup d'autres, que l'une d'elles est contagieuse et l'autre non.

Cette remarque me servira à clore l'examen des doctrines d'un rapport riche en faits judicieusement discutés, et, à l'exception de deux ou trois, n'ayant rien à craindre de la controverse. Cela étant, je n'hésite pas à présenter, comme conséquence irrécusable de leur saine intreprétation, la proposition suivante, savoir : que, née de l'infection et sans aucun germe préexistant, la peste se montre contagieuse à la manière des autres typhus, devient comme eux susceptible d'exercer les plus grands ravages par l'encombrement et par diverses circonstances à elle étrangères, et, comme eux, perd promptement sa propriété contagieuse, puis s'éteint bien vite par la dispersion des malades, l'aération et l'emploi d'une hygiène éclairée.

Cette donnée, dont personne à présent n'oserait contester l'exactitude, offre un moyen assuré d'apprécier la valeur de nos réglements sanitaires.

§ II. — *Applications ou bases de la police sanitaire.* — Il faut, dirai-je encore une fois, supprimer les cordons sanitaires, les lazarets, les quarantaines, et voire même les purges. Qui oserait soutenir le contraire en présence des faits que le rapport a mis sous vos yeux? Aussi la commission a-t-elle déjà accordé la moitié de ma demande. En effet, elle n'hésite pas à condamner les cordons, que l'illustre rénovateur de la philosophie d'Épicure, le pieux et vertueux Gassendi, assure avoir été si funestes dans la peste de Digne, sa patrie. En gardant le silence sur les quarantaines faites à bord, la commission semble avoir proscrit cette pernicieuse pratique. Elle se moque avec raison du plus grand titre de gloire de l'intendance, sa classification des marchandises en *contumaces, non contumaces et suspectes*. Enfin, elle exige que l'existence d'un virus susceptible de s'attacher aux marchandises lui soit démontrée pour adopter la pratique des purges, et dès à présent on en démontre l'inutilité, par ce fait atterrant pour les fracastoriens, savoir que depuis 1721 il n'y a pas eu un seul cas de peste sur les portefaix chargés de déballer les marchandises.

Malgré cela cependant, la commission attribue à l'adoption des mesures sanitaires en usage parmi nous l'avantage qu'a depuis dix ans la Turquie d'être à l'abri de la peste. Mieux renseignée, elle aurait su qu'en

Turquie notre système sanitaire n'a jamais existé que de nom. Je tiens le fait de Bulard lui-même, chargé par le sultan de l'organiser dans ses États. Jamais, m'a-t-il dit, je n'ai pu faire comprendre à mes subordonnés la nécessité d'observer les pratiques de nos lazarets. Jamais je n'ai pu les y dresser ; et on le croira facilement, si l'on se rappelle qu'à sa rentrée en France, M. Pariset a oublié de désinfecter ses cahiers de visites et s'est conduit comme un Turc. (Hilarité générale.) Mais la commission est parfaitement fondée à conseiller l'évacuation prompte des lieux atteints par la peste, et à exiger rigoureusement la mise en pratique de tous les moyens hygiéniques propres à assurer le succès de cette importante mesure. Peut-être néanmoins M. le rapporteur s'est-il étendu avec un peu trop de complaisance sur un sujet approfondi il y a longtemps, comme le prouve un vieux distique dont voici le sens : Il faut, pour se préserver de la peste, partir tôt, aller loin, et revenir tard.

Que si ce précepte ne peut absolument pas se passer de commentaire, il n'en demande sans doute pas un bien long.

Comment, après s'être prononcée de la sorte, et reconnaissant très-bien les objections élevées par Clot-Bey contre l'efficacité de l'isolement, la commission peut-elle proposer le maintien des quarantaines et des lazarets? uniquement en se fondant sur ce motif, ou plutôt sur ce prétexte, que dans le doute on doit se conduire comme si la contagion de la peste était démontrée. Or, cette contagion, prise dans le sens fort peu rationnel des fracastoriens actuels, est évidente, puisqu'il existe vraiment des cas d'inoculation. Ainsi un médecin anglais s'inocule la peste et en meurt ; un médecin russe inocule, avec un déplorable succès, le mal à des prisonniers. Sur quatorze inoculations faites par Sola, sept développent des bubons. Quant à la transmission par la respiration, à laquelle on ne saurait, sans une sorte de subterfuge fort peu scientifique, refuser le titre de contagion, il me suffira, pour montrer combien elle est à redouter, de rappeler la mort de dix-neuf élèves sur vingt de ceux qui étaient chargés de soigner les pestiférés, et d'opposer à ce fait ce que nous a offert le choléra, pendant toute la durée duquel l'approche des cholériques n'a pas eu plus d'inconvénient que n'en pourrait avoir le pansement d'une fracture de jambe.

La peste est donc bien certainement contagieuse. Mais parce qu'une maladie se communique, ce n'est pas une raison de recourir, contre sa propagation, à des moyens jugés extrêmes, comme les quarantaines et les lazarets. Il faut d'abord chercher à connaître jusqu'où va cette propriété de se communiquer. En tout, il y a des mesures, des proportions à observer. Ainsi, les compagnies d'assurances, qui ne raisonnent pas mal (la prospérité de leurs affaires en est la preuve), élèvent le taux des

primes en raison de la grandeur du danger. Au lieu d'adopter une conduite aussi rationnelle, la commission propose de prime abord d'opposer à la peste les moyens de prophylaxie qu'elle juge les plus efficaces. Eh bien ! même à cet égard, son infaillibilité n'est peut-être pas incontestable.

En effet, si, comme le reconnaissent tous ceux qui ont étudié avec soin le sujet, le meilleur moyen d'arrêter la peste et les autres typhus est, avant tout, la dispersion des malades, il s'ensuit nécessairement que leur concentration dans les lazarets et les nombreuses pratiques irrationnelles adoptées dans ces établissements sont des moyens à peu près infaillibles d'aggraver le mal dont on cherche à arrêter les progrès. Au reste, ce n'est pas la première fois que les hommes ont tourné le dos au but qu'ils cherchaient à atteindre. A Marseille, on croit avantageux de murer les maisons où sont morts des pestiférés , tandis que c'est le moyen le plus certain de conserver le mal dont on cherche à se garantir. Quoique contagioniste, Mead se serait assurément bien gardé d'approuver cet inepte précepte, lui qui, après avoir proposé les quarantaines et les cordons comme préservatifs de la peste, reconnaît que quand le mal a pris une grande extension malgré leur emploi, le seul parti à suivre est de lever les cordons et de disperser les malades à la campagne. Or, s'il est vrai que qui peut le plus peut aussi le moins, doit on douter que le remède capable de dompter une maladie au fort de son développement ne soit le plus propre à l'empêcher de naître ?

La certitude de parvenir à éteindre promptement la peste en donnant aux pestiférés les soins dont l'expérience a démontré l'efficacité, serait à elle seule un motif suffisant pour faire rejeter résolument notre système sanitaire. A plus forte raison devra-t-on en venir là, s'il est démontré, comme la commission le pense elle-même sur vérification des faits avancés par M. Aubert-Roche, que l'incubation de la peste n'a pas plus de huit jours de durée. N'est-il pas dès lors évident qu'il n'y a aucun risque à admettre sur-le-champ à libre pratique tout bâtiment qui, parti depuis huit ou dix jours d'un lieu où règne la peste, n'a pas eu de malade pendant la traversée ? Telle est la conduite des Anglais, non pas seulement depuis dix ans, comme on le suppose généralement , mais depuis au moins 1824, c'est-à-dire depuis vingt ans, ainsi que dans le temps je vous en ai fourni la preuve.

Lorsque aujourd'hui le fait est notoire pour tout le monde, lorsqu'on voit de hauts fonctionnaires du gouvernement, des intendants, des consuls, des ambassadeurs, etc., prendre la voie de l'Angleterre , et par ce moyen se mettre en mesure d'assister aux soirées du château à une époque où ils auraient encore eu douze ou quinze jours de quarantaine

à subir s'ils fussent débarqués à Marseille, l'autorité pourrait-elle, sans entrer en révolte avec le sens commun le plus vulgaire, persister à tenir la petite porte hermétiquement fermée, tandis que la grande reste largement ouverte, et porter du même coup une atteinte ruineuse à nos intérêts commerciaux déjà compromis par tant d'autres causes? Les mesures sanitaires actuelles auraient tous les avantages qu'on leur attribue à Marseille, qu'en un tel état de choses nous devrions y renoncer, à moins d'être assez forts pour contraindre les autres peuples de l'Europe à les observer avec nous comme par le passé.

Si une expérience d'au moins vingt-deux ans, faite sur la plus grande échelle et continuée sans interruption pendant la peste désastreuse de 1834 à 1835, qui n'a ralenti en rien l'activité des relations commerciales de l'Angleterre avec l'Égypte, ne suffisait pas pour dissiper la crainte de voir la maladie s'introduire en France, nous trouverions un supplément de sécurité dans l'étude et la connaissance des causes auxquelles elle doit originairement sa naissance. Sous ce rapport, MM. Lachèze et Hamont nous fournissent, relativement à la malheureuse Égypte, des documents d'une grande valeur. Les redoutables foyers d'infection qu'elle renferme ne se trouvent plus chez nous. Il n'est pas de grande ville où on laissât, comme à Marseille, en 1721, s'accumuler dans les rues et sur les places plusieurs milliers de cadavres humains, des monceaux de hardes, de matelas, d'ordures, de fumiers de toute espèce, des tas d'animaux morts, etc., comptant pour rien d'aussi énergiques causes d'insalubrité et attribuant avec une foi des plus robustes tous les ravages du mal au *contagium*.

De nos jours, fort heureusement, l'hygiène est mieux comprise, et aucun homme sensé n'hésite à croire que Marseille a dû à son incroyable incurie, à ses déplorables préjugés, à son aveugle superstition, la plus grande part, sinon la totalité des maux qui l'ont accablée il y a cent vingt ans. On achève de s'en convaincre quand on réfléchit un instant au grand nombre de villes, de localités, de contrées plus ou moins vastes devenues salubres ou insalubres, suivant qu'on y observait bien ou mal les préceptes de l'hygiène; exemple : l'ancienne Égypte, quoique sa salubrité ait sans doute été exagérée par la commission un peu trop empressée peut-être d'adopter à cet égard les idées de M. Pariset. En effet, l'histoire parle, au temps de Sésostris, d'une peste meurtrière sans doute accompagnée de bubons, comme on peut raisonnablement l'inférer d'un fragment de Rufus d'Ephèse, d'où il résulte que la peste à bubons a été observée dès avant J.-C. et par conséquent remonte à une antiquité illimitée. D'un autre côté, Epicure attribue avec grande raison au climat insalubre de l'Égypte la lèpre, si improprement appelée de nos jours éléphantiasis des Grecs, qui de son temps n'en étaient jamais

atteints. Enfin, Pugnet nous permet d'assurer qu'avant, pendant et depuis les Pharaons, la peste n'a pas abandonné l'Égypte.

Mon intention n'est pas de conclure de ces faits que l'assainissement de cette contrée est impossible : loin de là, je le crois très-réalisable ; mais jusqu'à présent il n'y a véritablement rien eu de fait en vue de l'obtenir. Le pacha, dont on vante sans doute avec raison le génie puissant, paraît forcé de consacrer toutes ses ressources à l'entretien d'une force militaire ruineuse pour le pays soumis à sa domination. Le sort des masses l'inquiète très-médiocrement, peut-être même ignore-t-il leurs horribles souffrances. Cependant la population diminue ; plus de cent mille fellahs périssent à creuser un canal, et si quelqu'un de ces infortunés à lu notre La Fontaine, il a dû se rappeler plus d'une fois avec amertume cette pensée si vraie :

Notre ennemi, c'est notre maître.

En cette occurrence, nous sommes fortement intéressés à user de toute notre influence pour hâter l'assainissement de l'Égypte ; car si la peste en était une fois chassée, les plus entichés fracastoriens consentiraient volontiers sans doute à l'abandon de précautions devenues désormais inutiles, comme elles sont déjà irrévocablement condamnées par tous ceux qui savent à quel point elles méritent les reproches que leur ont adressés Fouqueville, Lassis et ce généreux Chervin, mort trop tôt pour assister au triomphe d'idées à la propagation desquelles il a si pieusement contribué.

Dans l'intention de ne rien négliger pour amener un résultat des plus importants à tant d'égards, et, comme tel, impatiemment attendu, je voterais, s'il le fallait, contre le rapport, à cause des points de doctrine, suivant moi très-contestables, qu'il renferme ; je vote seulement contre les conclusions, d'abord parce qu'elles sont trop loin du but où je tends, et ensuite, bien plus encore, parce qu'elles sont en opposition avec les conséquences légitimes des faits sur lesquels elles auraient dû s'appuyer. Je suis donc disposé à me rattacher à tout amendement moins éloigné de ce qui, à mon sens, aurait dû être proposé par la commission.

M. Castel s'exprime en ces termes :

Quid Romæ faciam ? Mentiri nescio ; librum,
Si malus est, nequeo laudare...

Messieurs, ce début, au moins fort austère, contraste avec l'empressement qui a accueilli l'œuvre que nous sommes appelés à discuter et à juger. Elle a été entourée de prévenances flatteuses, même dans son berceau ; elle avait à peine fait son entrée dans le monde médical, lorsque la presse périodique, accoutumée à prendre l'initiative en toutes choses

et à disposer des trompettes de la renommée, lui a décerné des palmes. La commission avait de grandes difficultés à surmonter ; elle a dû lutter, tantôt contre le despotisme des préjugés, tantôt contre des opinions préconçues, exagérées et en opposition directe avec une juste appréciation des lois de l'organisme. Elle a dû prémunir la société et contre des craintes excessives et contre une excessive sécurité. Tel a été le but des investigations auxquelles elle s'est livrée et des inductions qu'elle a tirées de documents réunis après de laborieuses recherches, analysés avec sincérité, classés avec méthode, et dont le commentaire a amené un certain nombre de corollaires destinés à prêter un appui à la législation sur les mesures sanitaires.

Adopter ou créer une théorie lucide sur la contagion serait la voie, sinon la plus facile, au moins la plus sûre pour arriver à une bonne solution de la question des quarantaines. La commission a mieux aimé grouper des faits, rassembler des témoignages, citer les opinions émises par les voyageurs, par les écrivains qui ont observé la peste, notamment par les contemporains ; de telle sorte qu'on trouve dans le rapport un grand nombre de relations ou plutôt d'indications chronologiques de peste, et qu'on n'y trouve presque rien qui serve à rendre raison de ses phénomènes. J'y ai noté l'absence de considérations générales sur les maladies pestilentielles, sur les causes et sur les symptômes qui leur sont communs. Je suis loin de prétendre qu'il soit dépourvu d'intérêt ; il me semble mériter la reconnaissance de la compagnie, quoiqu'il ne me semble point digne de toute son approbation. Ses honorables auteurs ont préféré le *modus faciendi* des historiographes au *modus faciendi* des médecins. A la vérité, un simulacre d'étiologie fait une courte apparition dans le vestibule : « La peste est une maladie de « tout l'organisme dans laquelle les systèmes nerveux, sanguin et « lymphatique sont surtout affectés. » Quelle est la maladie à laquelle un de ces systèmes reste étranger ? La part qui revient à chacun d'eux n'est-elle pas une suite de leurs rapports, d'une dépendance réciproque? Vous voyez déjà combien cet aperçu sur le siége de la peste serait stérile, si la physiologie n'intervenait point. Repousser ses lumières, ce serait méconnaître les premières lois de l'organisation (1). Non-seulement elle dévoile l'origine des phénomènes, elle les fait pressentir ; et, par exemple, ne suffit-elle point pour faire prévoir que des hommes vivant au milieu de substances végétales ou animales en putréfaction subiront l'influence des émanations qu'elles répandent ; que ces émanations, après avoir pénétré dans le corps, changeront la composition des liqueurs animales ; que, par une suite de cette dégénération, la puissance des principaux agents d'excitation sera modifiée ? De déduction en

(1) *Morbis quoque quasdam leges natura posuit.*

déduction, on reconnaîtra qu'il y aura identité ou analogie entre les produits, dans tous les lieux où il existera un foyer de corruption, si toutefois les conditions capables de favoriser une infection se trouvent réunies.

Que ces émanations soient appelées miasmes, qu'elles reçoivent un autre nom, il importe peu : toujours est-il que dès qu'elles ont acquis droit de cité dans le corps d'un animal, elles y engendrent un élément septique, lequel est plus dangereux quand il demeure concentré dans les viscères, et dont l'explosion au dehors détermine l'apparition de bubons, de charbons, de pétéchies. Si l'indigence, une mauvaise alimentation, l'abattement moral, concourent au développement du septum, c'est parce que ce sont autant de débilitants. Quelle est son essence ou en quoi consiste-t-il? Les symptômes de la peste, les lésions que l'autopsie découvre dans les cadavres des pestiférés, répondent à cette question. Il n'est pas moins rationnel d'admettre un élément septique comme principe immédiat dans les maladies pestilentielles, que d'admettre des antiseptiques dans la matière médicale. Vous serez plus disposés à apprécier les avantages de cette explication, si vous la comparez à celle qui a été donnée par les auteurs qui ont attribué la peste à l'inflammation des parties les plus subtiles du sang.

Est-elle quelquefois le produit d'une seule cause? Il n'est pas plus difficile de concevoir qu'il en peut être ainsi, que de concevoir comment un seul venin infecte tout un corps. La commission qui a fait l'énumération des causes externes auxquelles la peste peut être attribuée, sans rechercher leur mode d'action, a supposé que le concours de plusieurs causes était nécessaire à la production. Il y a tant d'affinité entre cette maladie et d'autres maladies fébriles, que cette supposition me paraît gratuite. Après l'énumération de laquelle je viens de parler, la commission a formulé les deux propositions qui suivent : « Chacune de ces « causes, prise isolément, ne produit pas la peste ; réunies, elles ne l'en- « gendrent pas nécessairement. » De ces deux propositions, la première n'est pas fondée ; la deuxième est plus qu'une superfluité.

Les préjugés accrédités sur la peste viennent principalement de ce qu'on l'a considérée comme une entité morbide sans rapport avec aucune autre, et que ses causes, ses phénomènes, sa terminaison, et surtout son caractère éminemment contagieux, devaient faire classer à part. On lui a assigné une origine distincte, et cependant ses causes sont ou pareilles ou semblables à celles qui donnent naissance à d'autres maladies ; une nature propre, et cependant par ses symptômes, par les périodes qu'elle parcourt, par son jugement, par les lésions cadavériques, elle se rapproche de beaucoup d'affections fébriles, notamment du typhus, dont, à mon avis, elle n'est séparée que par un surcroît d'intensité. Au degré près, Sydenham, Lieutaud et d'autres l'ont assimilée à une fièvre ma-

ligne. La peste est-elle la seule dans laquelle on observe la tuméfaction des glandes, des pustules, des pétéchies, et pouvons-nous nous empêcher de reconnaître que, même dans notre France, les fièvres exanthématiques sont les plus contagieuses ?

On avait supposé dans la peste une manière d'être absolue, une séméiotique constante, et cependant elle offre des nuances, des modifications, comme il conste par les renseignements communiqués par les médecins de l'armée russe en Moldavie et en Valachie. Enfin, encore aujourd'hui, on s'efforce, tantôt de découvrir son berceau, tantôt de lui assigner une patrie ; et cependant la peste est cosmopolite (1) : envisagée sous cet aspect, elle devra inspirer moins de terreur ; car les plages où elle s'est montrée sont tellement multipliées, leurs différences sont tellement tranchées, quant au climat, au sol, à l'alimentation, aux travaux, aux usages domestiques, qu'en les mettant en regard, on trouverait la preuve irréfragable d'un principe contagieux, permanent, indomptable, et aussi de justes motifs de craindre de ne pouvoir lui opposer d'infranchissables barrières, si l'on était autorisé à admettre que toutes les fois que la peste a sévi dans une contrée, elle y avait été portée d'un commun et lointain foyer, c'est-à-dire d'un pays où elle est endémique.

Voyez tout ce qu'on éprouve de désappointements lorsqu'on ne s'est pas élevé à un certain nombre d'idées générales. On ne sait où trouver un appui, un point de départ ; on est réduit à chercher une interprétation, un cadre spécial pour chaque fait. C'est ainsi qu'en dotant la peste de quelques attributs exclusifs, on a été forcé de créer des distinctions, dont les unes se rapportent à la spontanéité (ce qui est l'équivalent de non-transmission) de la peste, les autres aux modes de sa propagation, celles-ci aux dimensions de son foyer, celles-là au nombre des malades. De là est né cet immense préjugé que la peste sporadique n'est pas contagieuse, comme s'il existait une ligne de démarcation entre le ferment, le poison, quel qu'il soit, qui produit la maladie, et celui qui la rend contagieuse. La transmissibilité est le produit de la nature de la maladie, elle est indépendante du nombre des malades qui en sont atteints simultanément ; reconnaissons pourtant que la peste sporadique est beaucoup moins sujette aux chances de transmission : pourquoi ? parce que le genre d'une maladie étant le même, son règne épidémique lui donne un surcroît de violence; mais il ne suit point de là qu'elle ne soit point communicable par cela seul qu'elle est sporadique. La variole n'est-elle contagieuse que dans ses épidémies ? On a supposé une généalogie entre certaines fièvres et la peste, au lieu de les considérer toutes comme une chaîne dans laquelle la fièvre gastrique serait le premier anneau et la

(1) Pline a mentionné, comme fait exceptionnel, que ce fléau n'avait jamais visité les Locriens ni les Crotoniates.

peste le dernier. Leur classification serait calquée moins sur des phénomènes propres à chaque genre ou sur un type unique, un caractère distinct, que sur le plus ou moins de gravité des mêmes symptômes, des mêmes conditions fébriles. Ces données une fois admises, on n'aurait pas à rechercher si la peste appartient aux maladies paludéennes, si elle appartient aux maladies des camps et des prisons; la connexité entre l'ensemble des signes pathognomoniques aurait révélé la connexité entre les causes occasionnelles, et la cause prochaine se ferait voir avec la même évidence. C'est surtout dans la peste que la fièvre doit être considérée, non comme la maladie, mais comme une réaction que la maladie a rendue nécessaire. Aussi la peste est d'autant plus promptement mortelle que la fièvre manque. Lorsque j'analyse ses causes les plus ordinaires, j'éprouve beaucoup d'étonnement de ce que leur investigation n'a conduit à aucune déduction physiologique. N'est-il pas étrange qu'on ne soit pas parvenu, dès les premiers rapprochements, à une juste appréciation du rôle dévolu à chacun des deux principaux moteurs de la vie? Il était au pouvoir des médecins qui, les premiers, observèrent la peste, de constater que l'excitation de nos organes est un produit complexe, qu'elle dépend de deux agents qui ne peuvent rien l'un sans l'autre : leur influence se dessine dans la peste comme dans l'asphyxie. Il n'est pas plus difficile de comprendre l'influence d'un miasme que de comprendre comment le gaz acide carbonique ou un autre gaz délétère met un obstacle aux contractions du cœur. Le système sanguin a reçu les premières atteintes : est-il besoin d'expliquer pourquoi la circulation s'embarrasse d'abord dans les ganglions lymphatiques?

La commission a constamment subordonné le génie contagieux au génie épidémique, les dangers de l'un aux dangers de l'autre. Si elle a admis que la peste pouvait être transmise par contagion, elle n'a point admis qu'elle pût se propager autrement que par épidémie. Elle a confondu ainsi la communication d'une maladie avec ses envahissements, oubliant que les communications sont successives et que les envahissements peuvent être simultanés. Elle considère la transmission de la peste comme le point de départ d'une épidémie dont le règne s'établit, au lieu de la considérer comme le point de départ d'un ferment contagieux dont l'explosion commence. Dans son opinion, la peste peut attaquer un individu sain, à la suite de ses rapports avec un malade; mais elle ne peut en attaquer un grand nombre sous l'empire des mêmes influences, et ses ravages ultérieurs devront être attribués, non à ce qu'elle est restée contagieuse, mais à ce qu'elle est devenue épidémique, comme si le venin contagieux ne suffisait point pour la propager, pour agrandir la sphère de son action. Au point de vue de la commission, ce ne sont

point les progrès de la contagion importée à Tanger par des pèlerins, en juin 1818, qui ont moissonné les deux tiers de la population de cette ville : « les quâtre premiers décès de peste avaient fait naître une épidémie ; » donc, soit que la peste ait été importée, soit qu'elle provienne de causes locales, elle sera classée parmi les épidémies, et sa propagation sera attribuée au génie épidémique toutes les fois qu'elle aura sévi longtemps ou avec fureur. Sur quel fondement, entre des milliers de victimes, place-t-on les quatre premières seulement dans le domaine de la contagion, et toutes les autres dans celui de l'épidémie?

Une des question posées par la commission est celle-ci : « La peste peut-elle se propager de manière à créer une épidémie? — A quelle fin cette investigation? La peste ne sera-t-elle réputée contagieuse qu'autant qu'elle aura produit une épidémie? ou sera-t-elle toujours réputée épidémique si elle fait de lointaines et rapides excursions? Il n'y a point de connexité entre l'épidémie et la contagion : celle-ci est soumise à la nature, à l'essence de la maladie. Les émanations d'un corps malade ont seules le pouvoir de la produire ; les exhalaisons d'un cloaque, les effluves d'un marais, les intempéries de l'atmosphère, suffisent pour produire une épidémie. Les effluves d'un marais se répandent, les émanations d'un corps malade se transmettent. La fièvre des marais se propage, celle des prisons, des camps, des hôpitaux, se communique. La contagion suppose toujours l'infection ; mais toute infection n'est pas suivie de contagion. Telles sont les véritables limites entre l'une et l'autre... J'ai fait justice, il y a vingt ans, de l'exagération de l'abus de cette distinction que l'on donnait pour appui aux arguments contre la contagion.

« La peste est-elle transmissible en dehors des foyers épidémiques ? » — C'est demander si la peste est ou n'est pas contagieuse ; et ici, on rencontre une circonlocution qui n'est pas seulement superflue, mais pleine d'obscurité. Si la commission n'eût pas été sous le joug d'une idée prédominante, elle aurait vu que , après avoir admis que la peste de contagieuse devient épidémique, elle ne pouvait s'empêcher d'admettre que le mode de propagation a été changé, que désormais elle se fera, non par des émanations transmises successivement d'un corps à un autre corps, mais par une atmosphère que les émanations auront créée. Veuillez vous souvenir, messieurs, de ce qui a été dit au sujet de la peste de Tanger, et vous comprendrez comment la commission s'est engagée dans des liens inextricables. Elle dit : « Partout où la peste a exercé de « grands ravages, il a été possible de reconnaître les caractères d'une « constitution pestilentielle régnante. » Poussé à l'extrême, ce rapprochement légitimerait l'hypothèse que la peste importée d'Orient ne peut faire beaucoup de victimes en Europe qu'autant qu'elle y rencontre la peste ; que les chances de sa transmission sont relatives, non à la consti-

tution morbide des pays où elle a été embarquée, mais à la constitution morbide des pays où elle débarque. Entre la peste et une constitution pestilentielle, quel sera l'efficient? quel sera le produit? en quoi diffèrent-elles? laquelle des deux est le principal agent? laquelle est l'agent subalterne? Dans le dessein de justifier la supposition de cette coïncidence, la commission a invoqué un passage des *OEuvres de Sydenham.* Il n'est pas vrai que cet auteur, pour rendre raison des progrès de la peste, ait établi une dépendance entre sa transmissibilité et une constitution pestilentielle préexistante dans le pays où la peste a été importée. Après avoir noté l'influence des divers états de l'atmosphère sur la production des maladies, il ajoute : « Nous sommes redevables à la bonté de la divine « Providence de ce qu'elle a voulu que les constitutions pestilentielles « de l'air, je veux dire celles qui engendrent la peste, le plus cruel des « fléaux, survinssent plus rarement que celles qui engendrent des ma- « ladies moins funestes. De là vient (*undè fit*) que, dans la Grande- « Bretagne, la peste ne sévit avec toute sa férocité que tous les trente « ou quarante ans. » La commission a outre-passé le texte par cette addition : « quelque fréquentes que fussent les importations. » D'un autre côté, elle a considéré comme une déduction ce qui n'est qu'une supputation chronologique. Un calcul, ou vague ou seulement approximatif, ne s'accorderait point avec la précision, la rigidité d'une déduction. On est plus sévère dans l'emploi des chiffres quand on signale les époques auxquelles un pays a été ravagé par une maladie contagieuse. Sydenham n'a point indiqué une influence épidémique préexistante comme le principe, l'élément nécessaire d'une effrayante propagation de la peste importée. Il avertit que cette diathèse de l'air serait insuffisante si le germe de la peste (*seminium*) n'était porté d'un corps dans un autre, soit immédiatement, soit médiatement. D'ailleurs, cette influence accessoire s'efface à mesure que les transmissions se succèdent, ainsi que l'ont avancé Boerhaave et Sydenham lui-même (1). En dernière analyse, si l'état de l'atmosphère doit être regardé comme la cause occasionnelle de la peste, lorsqu'elle est née dans une localité, il doit être regardé comme la cause prédisposante de l'invasion d'une peste importée. Les appréciations venues de l'Orient, au lieu de le compter parmi les causes secondaires, l'ont compté parmi les causes principales ; elles tendent à grossir la responsabilité du génie épidémique, à atténuer la responsabilité du génie contagieux. D'un côté, la commission admet que la peste peut créer une épidémie ; de l'autre, elle admet qu'elle peut se transmettre par infection, hors des foyers épidémiques, comme si elle avait pu créer une épidémie sans se propager, et comme s'il existait un moyen de

(1) *Natum semel contagium vim exercere potest, mutatâ etiam aeris conditione.* (Van Swieten, *Comment.*, t. V, p. 180.)

transmission autre que l'infection (1). Enfin, quand on décompose cette question : La peste est-elle transmissible hors des foyers épidémiques ? on trouve, ou une circonlocution pour admettre la contagion, ou un déguisement pour la nier.

J'ai vainement cherché un contraste entre ces deux conclusions : « La « transmission de la peste par les miasmes pestilentiels est un fait « prouvé. — Rien ne prouve qu'elle soit transmissible par le contact « immédiat des pestiférés. » Les miasmes ne pourraient donc s'échapper de la surface du corps d'un pestiféré ? ils ne pénétreraient donc jamais directement dans d'autres corps ? On ne conteste pas que les miasmes puissent adhérer aux parois d'un vaisseau, y rester en dépôt après le départ des pestiférés, et l'on conteste qu'ils puissent adhérer à la surface d'un corps malade, qu'on aille à leur rencontre en touchant ce corps. L'hypothèse d'après laquelle la peste transmise par le contact ne devrait pas être attribuée à des miasmes est un non-sens. Les miasmes qui sortent des poumons ne sont pas les seuls auxquels l'air sert de véhicule. Une émanation corrompue peut-elle avoir lieu sans l'entremise de l'air, sans être associée à un certain volume d'air ? Nous trouvons dans le rapport les noms de plusieurs médecins qui ont succombé à la peste après avoir donné des soins aux malades qui en étaient atteints. Dira-t-on qu'ils s'étaient abstenus de tout contact avec les malades ? Sennert, qui mourut de la peste, s'était-il assujetti à ne point explorer le pouls ? La commission demande si quelqu'un pourrait connaître une affinité entre le principe pestilentiel et tel ou tel corps. Il ne s'agit point ici d'affinité, il s'agit d'adhésion, de ce que les latins appellent *ansa*, *stratum*, *subjectum*. Les corps résistants s'imprégneront-ils de miasmes aussi facilement que les étoffes ? Lorsque la commission a mis en doute que les miasmes puissent se déposer sur les vêtements des pestiférés, y adhérer, elle avait certainement oublié ce que les historiens racontent des assises d'Oxford, de l'infection qui y fut portée dans la salle d'audience par des criminels extraits d'une prison et non d'un hôpital, de la rapidité avec laquelle elle se répandit, et des désastres qui en furent la suite.

Fixer les limites de l'incubation d'un miasme est opposé aux premières notions physiologiques. Sa durée est relative aux divers degrés d'activité de l'absorption, et celle-ci varie selon l'âge, le tempérament du sujet, selon la saison de l'année, les autres influences atmosphériques selon l'état des forces, c'est-à-dire le plus ou moins de tonicité de la fibre. Les vieillards, les personnes affaiblies par une hémorrhagie ou une autre cause, absorbent moins dans le bain que les personnes fortes et jeunes. D'ailleurs, comment prendre date de l'entrée d'un miasme dans un corps ? La rapporterez-vous au commencement, au milieu, à la fin du

(1) La contagion a été définie une *infection qui passe d'un corps dans un autre.*

séjour qu'un individu aura fait auprès d'un pestiféré ou dans un milieu infecté? L'incubation d'un miasme est quelquefois très-longue et son explosion fort lente; elle peut être retardée ou avancée par des circonstances éventuelles. Lorsque, il y a deux ans, j'émis l'opinion que je reproduis aujourd'hui, elle fut défendue par notre honorable collègue M. Royer-Collard, dont l'absence est si affligeante pour l'Académie.

La peste régnant dans une contrée, les habitants qui ont voyagé ont été moins sujets à la contracter. Dans les populations aux prises avec la peste, la mortalité a été beaucoup plus grande parmi les habitants qui s'étaient renfermés que parmi ceux qui avaient osé sortir. Au lieu d'en conclure que l'air libre est un puissant antidote, un modificateur des miasmes, les médecins qui ont recueilli ces faits en ont conclu que la peste n'était pas contagieuse. Les miasmes qui ont voyagé n'ont conservé qu'une partie des éléments dont ils se composent dans leur foyer primitif; et cependant les contrées dans lesquelles la peste est endémique sont celles où l'on craint moins sa transmission. L'habitude émousse toutes les impressions; le retour fréquent d'un danger diminue les craintes dont il est l'objet. En Europe, les moyens de diversion à opposer à la contagion sont moins difficiles à trouver que les moyens à opposer à une épidémie. D'où vient donc qu'une maladie contagieuse inspire plus d'effroi qu'une maladie épidémique? Cela vient de ce que plus une maladie est épidémique, plus le vulgaire est disposé à la confondre avec une contagion.

Il faudrait, messieurs, se vouer à une tâche longue et hérissée de difficultés, si l'on entreprenait de signaler tout ce qu'il y a dans le rapport de questions qui n'ont point de fond, de distinctions qui n'offrent aucun contraste, de problèmes qui n'ont point d'inconnu. Voici quelques exemples : « La peste est-elle transmissible en dehors des foyers épidé-« miques? » — La peste serait-elle exempte de contagion en raison de son caractère épidémique? « A-t-on vu dans les foyers épidémiques la peste se « transmettre par l'air chargé de miasmes pestilentiels? » — Un miasme est-il autre chose qu'une portion d'air vicié? L'air n'est-il pas le principal agent des épidémies? Doit-on supposer que son influence se bornera à l'épidémie, qu'elle n'aura aucune part à la contagion? « La peste « se propage-t-elle par la migration de certaines influences atmosphé-« riques et indépendamment de l'action que peuvent exercer les pesti-« férés? » — Qui pourra me dire ce qu'est la migration d'une influence? Si elle consiste en une influence qui agrandit son domaine, je demanderai comment elle s'est épurée avant de s'étendre? « Dans les pays où « l'on a observé la peste spontanée, a-t-on pu attribuer rationnellement « le développement de celle-ci à des conditions hygiéniques détermi-

« nées? » — Quelle est la maladie dont l'origine puisse être isolée des conditions hygiéniques?

Plus d'une fois, les jugements de la commission ont emprunté les formes du doute, et ses doutes ont emprunté les formes d'un jugement. Exemple : M. Robert attribue à la presse hydraulique la destruction des miasmes pestilentiels transportés dans les ballots de coton ; il demande que ce moyen de désinfection soit constaté par des expériences. La commission nie que les ballots de coton puissent recevoir et conserver des miasmes ; elle n'en appuie pas moins la demande de M. Robert. Ainsi les expériences auraient pour but, dans la demande de M. Robert, de constater un fait qu'il a observé, et dans la demande de la commission, de constater un fait qu'elle assure ne pas exister. Elle sollicite aussi des expériences pour qu'on sache si les hardes des pestiférés peuvent transmettre la peste. En a-t-elle prévu tous les dangers ?

Les formes didactiques données au rapport sont exagérées ; de là un appareil imposant de divisions et de subdivisions, de questions inutiles, d'inductions vides ; de là le luxe des conclusions, de corollaires partiels, qui n'ont amené aucune proposition générale posée avec décision, avec fermeté. Il semble que les inspirations sous l'empire desquelles il avait été commencé se soient affaiblies avant qu'il fût parvenu à sa fin. Les détails peuvent être utiles dans l'exposé des faits ; en doit-on être avare dans les déductions, surtout quand celles-ci mènent à des préceptes? Était-il nécessaire, à l'époque où nous vivons, de définir la civilisation? de nous avertir que « là où les causes productrices de la peste sont le plus nom-« breuses et le plus intenses, la maladie est plus grave et se propage avec « plus de facilité ; que tout individu, restant dans un foyer épidémique « de peste, est exposé à la contracter ; que la peste épidémique attaque « un grand nombre de personnes à la fois? » S'il en était autrement, serait-elle épidémique ?

Examinés un à un, les motifs qui ont engagé la commission à conseiller ou à tolérer des mesures sanitaires sont illusoires ; s'ils ne renferment pas implicitement tout un désaveu de l'importation de la peste, ils sont au moins en contradiction avec ses déclarations précédentes : « Les sciences physiques, dit-elle, ne sont pas parvenues à démontrer « quelles sont les conditions du sol et de l'atmosphère desquelles résulte « en Europe une constitution pestilentielle (1). » Une constitution morbide est en deçà de la contagion ; elle est née dans la région où elle s'établit. Les influences qui produiraient une constitution pestilentielle en Europe ne seraient point différentes de celles qui la produisent ailleurs. Elles proviendraient de l'air, des eaux et des lieux, comme toute constitution morbide. Elles ont été observées et décrites ; le reproche

(1) Voyez le rapport, p. 834.

adressé aux sciences physiques n'est donc pas mérité. A cette accusation d'impuissance, la commission a joint une demande indiscrète : en effet, les sciences physiques peuvent-elles désigner un état météorologique dans lequel ou sans lequel une peste importée ne peut se communiquer (1)? Cet état est-il constant? est-il susceptible d'être déterminé, d'être placé dans le même cadre que le climat? n'est-il pas éventuel, fortuit, passager? Il sera dans une saison, dans une année, différent de ce qu'il aura été dans une autre. Que servirait à la sécurité publique de le faire connaître ? Un état météorologique peut seulement être constaté ; il ne saurait être prévu.

En résumé, la commission, en séparant la peste sporadique de la peste épidémique sous le rapport de la contagion, a prouvé qu'elle manquait de notions claires sur le principe de la contagion et sur les conditions auxquelles elle est soumise. Le règne épidémique d'une maladie doit s'entendre du nombre de personnes qu'elle attaque, non de sa transmission. Les causes qui enfantent une épidémie exercent une influence plus générale, plus absolue : les causes qui enfantent la contagion exercent une influence plus circonscrite et relative. Le caractère contagieux et le caractère épidémique sont au delà des phénomènes qui constituent un genre de maladie et sur lesquels a été établi le nom qu'elle a reçu ; ce ne sont que des épiphénomènes. La peste est le produit d'un élément septique qui a pénétré dans un corps ou qui s'y est développé spontanément (2), et qui altère, décompose les liqueursanimales, neutralise son action stimulante. La contagion n'est autre chose que le passage de ce ferment d'un corps malade dans un corps qui ne l'était point. La peste s'est fort civilisée ; elle a pris sa part du progrès. Etablies sur ce qui est possible, les mesures sanitaires seraient d'une grande rigueur ; établies sur ce qui est probable, elles doivent être renfermées dans d'étroites limites. J'estime que le travail de la commission, avant d'être offert au gouvernement, doit être retouché avec soin.

Difformité du membre abdominal par cicatrice vicieuse ; redressement. — M. A. Bérard présente une jeune femme qu'il a opérée pour une difformité du membre inférieur occasionnée par une ancienne brûlure, et il met sous les yeux de l'Académie le moule qui a été pris avant l'opération. La malade n'était âgée que de 4 à 5 mois, lorsque, ayant eu les parties postérieures de la cuisse et de la jambe brûlées depuis la fesse jusqu'au talon, il s'établit entre ces parties une cicatrice vicieuse. A l'époque où la difformité fut moulée, c'est-à-dire dix-huit ans après l'accident, voici quel était l'état des parties qu'on peut constater sur le moule.

(1) Voyez le rapport.

(2) Contagium ergo nascitur in humano corpore, dum morbus adest etiam sine contagio natus... (Van Swieten, *Comment.*)

La jambe est fortement fléchie sur la cuisse ; entre les deux existe une membrane de forme triangulaire, insérée par un de ses bords le long de la jambe, par l'autre le long de la cuisse ; le troisième bord est libre : il a environ 10 centimètres de long, il s'étend de la fesse au talon ; le sommet de cette membrane est inséré dans le jarret ; ses deux faces sont libres et se continuent avec les plans interne et externe de la cuisse et de la jambe.

Depuis sa naissance, cette jeune fille n'a jamais pu se servir de ce membre, qui est demeuré dans une flexion forcée : les os, les muscles, tout en est atrophié.

M. Bérard a divisé la cicatrice depuis sa base jusqu'à son sommet, c'est-à-dire dans une hauteur d'environ 20 centimètres ; il a coupé, par une section sous-cutanée, les muscles biceps, demi-tendineux, le tendon d'Achille ; puis plaçant le membre dans un appareil à extension permanente, il est parvenu à produire peu à peu l'extension de la jambe sur la cuisse. Après cinq mois de traitement, les plaies étaient cicatrisées, la jambe redressée, le mouvement de l'articulation fémoro-tibiale facile.

En raison de sa longue immobilité, le membre atrophié est plus court que l'autre, et la malade porte une chaussure à semelle élevée. Cette personne est opérée déjà depuis cinq ans ; le membre abdominal est resté droit, et la démarche est facile. Elle a pu faire sans difficulté jusqu'à dix lieues par jour.

Autoplastie. — M. A. Bérard présente un second malade sur lequel il a également eu à combattre les suites d'une cicatrice vicieuse.

Un jeune garçon de 10 ans eut la joue blessée par le timon d'une voiture ; la commissure interne des paupières, la paupière inférieure, la joue du côté droit jusqu'au menton, furent déchirées et réduites en lambeaux. A la suite du travail de cicatrisation, la fente palpébrale se rétrécit au point de n'offrir qu'un centimètre de diamètre ; en outre, elle subit un déplacement considérable en bas et en dehors, de telle sorte qu'elle répondait à la base de l'orbite et que l'œil n'était à découvert que dans sa partie inférieure et externe.

Par une première opération, la fente palpébrale fut relevée au niveau de l'axe central de l'orbite. Pour cela, après avoir incisé les parties molles parallèlement au bord libre de la paupière inférieure à quelques millimètres de distance de ce bord, et relevé, en détruisant toutes ces adhérences, la paupière inférieure avec la supérieure, le chirurgien fit une blépharoplastie et prit un large lambeau de téguments sur la tempe. Ce lambeau fut enchâssé dans la plaie sous-palpébrale et s'y agglutina.

Mais la fente palpébrale restait étroite, par suite de la fusion des deux paupières à leur commissure interne ; une incision transversale

n'aurait procuré qu'un agrandissement momentané. Pour empêcher les bords de la plaie de se raccourcir à mesure qu'ils se cicatriseraient, M. A. Bérard a imaginé le procédé d'autoplastie suivant. Un lambeau de peau quadrilatère a été taillé entre la commissure interne des paupières et le nez. Pour former ce lambeau, une incision de 3 à 4 millimètres, partant de la commissure, fut dirigée en haut ; de l'extrémité de cette incision en partait une seconde horizontale, longue d'environ un centimètre ; enfin une troisième à direction verticale, terminée par en haut à l'extrémité interne de la deuxième, s'arrêta après une longueur d'environ 5 millim. : de la sorte était limité un espace de peau de forme quadrangulaire qui fut disséqué de haut en bas et laissé adhérent par son bord inférieur.

Le cul-de-sac que la commissure interne laissait derrière elle était tapissé par la conjonctive ; ce cul-de-sac fut incisé en travers à la hauteur du bord adhérent du lambeau cutané, en sorte qu'il en résulta de suite un lambeau de membrane muqueuse disposé en sens inverse du premier, c'est-à-dire ayant sa face saignante en avant, son bord adhérent en haut, et faisant suite à la paupière supérieure comme le cutané faisait suite à la paupière inférieure. Il ne restait plus qu'à appliquer les lambeaux et à les fixer sur le bord des paupières auxquelles chacun d'eux correspondait : pour cela, le lambeau cutané fut couché d'avant en arrière, le muqueux d'arrière en avant, et tous deux furent fixés par des points de suture, l'un à la muqueuse palpébrale, l'autre à la peau de la paupière supérieure ; ils se sont agglutinés dans cette position, et aujourd'hui la fente palpébrale présente son diamètre à peu près normal : elle occupe le centre de l'œil.

Quand la sécrétion des larmes est un peu abondante, il en tombe sur la joue ; ce qui tient à ce que les points lacrymaux ont été détruits par la blessure et à une petite échancrure qui existe au bord libre de la paupière inférieure et qu'il n'a pas été possible de combler.

DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

Journaux allemands, anglais, italiens, etc.

26. *Sur l'affection scrofuleuse et l'affection tuberculeuse ; leur nature et leur traitement ;* par le docteur SCHOEPF, directeur de l'hôpital des enfants de Pesth.

(Magyar Orvos-Sebései ès Termeszéttu-Domanyi Evkonyvek) (1).

L'auteur divise la scrofule en vraie et en fausse.

1° La vraie scrofule a sa source dans l'appareil digestif ; elle se rattache aussi à une digestion et à une assimilation vicieuses. On l'appelle ordinairement scrofule torpide. Voici comment l'auteur en explique la formation : les aliments apportés dans l'estomac y séjournent peu, soit à cause de leur trop forte quantité et de leur mauvaise qualité, soit à cause de la diminution de la force digestive du ventricule. Il en résulte un chyme et un chyle de mauvaise qualité ; il se sécrète beaucoup de matière visqueuse, qui, mêlée au chyme et au chyle, bouche les opercules glandulaires de l'estomac et de l'intestin ; il se produit alors presque inévitablement des acidités : de là l'avidité du malade pour les substances qui, comme la craie, les farineux, le pain grossier, etc., peuvent absorber et neutraliser les fluides visqueux et acides.

La vraie scrofule se montre sous trois formes tout à fait différentes : la scrofule mésentérique, la scrofule ordinaire et le rachitisme.

1° L'atrophie des glandes du mésentère, scrofule mésentérique, *pædatrophie.* — Elle provient de ce que les opercules glandulaires sont si complétement bouchés que le chyle ne peut plus les traverser pour se rendre dans le sang.

2° La scrofule ordinaire ou scrofulose dans son sens le plus rigoureux. — Ce ne sont pas seulement les glandes du mésentère, mais toutes les glandes, en général, qui sont engorgées ; le sang s'appauvrit dans ses éléments essentiellement nutritifs. La difficulté de la circulation de la lymphe se manifeste par des engorgements ganglionnaires, des croûtes, des gourmes, des blennorrhées, des gonflements osseux et articulaires, etc. ; la pauvreté du sang se traduit au dehors par la pâleur des téguments, la mollesse des tissus, la bouffissure générale.

(1) *Annales hongroises de Médecine, de Chirurgie et des sciences accessoires.*

3° Le rachitisme. Lorsque le sang est arrivé à ce point de pauvreté et de mauvaise constitution, par le manque de globules et d'éléments ferreux, qu'il ne suffit plus à nourrir l'organisme, il ne renferme plus qu'une proportion exagérée de fluides visqueux.

L'auteur entend sans doute par là les parties séreuses dans lesquelles l'albumine et la fibrine sont en dissolution. Du reste, nous n'attachons que peu d'importonce à sa théorie toute mécanique. Voici la thérapeutique qui offre plus d'intérêt :

La médication générale consiste dans l'usage d'une nourriture suffisante, la respiration d'un air pur ; le corps du malade doit être entouré la nuit comme le jour de linges bien propres; on le soumettra à l'emploi fréquent de bains frais et de lavages à l'eau froide. Les désordres des voies digestives seront combattus par des moyens appropriés; on fortifiera ce système par de petites prises de rhubarbe ; aux acidités on opposera les yeux d'écrevisse et la magnésie ; enfin on fera usage de l'iodure de potassium plutôt que de l'huile de foie de morue. L'auteur ne fait presque aucun cas de cette dernière.

Les indications spéciales pour l'atrophie mésentérique sont en particulier l'emploi de la rhubarbe associée à l'antimoine et au gayac. L'iodure de potassium ne lui paraît pas indiqué en cette circonstance.

Dans la scrofule ordinaire, c'est le sang qu'il faut reconstituer. Dans ce but, l'auteur conseille la rhubarbe et la potasse, la *viola tricolor*, la salsepareille; contre les engorgements glandulaires, il emploie les emplâtres dissolvants et les bains irritants. Le fer convient lorsque le sujet est pâle. L'huile de foie de morue ne convient que dans peu de cas : la ciguë est bonne dans les bains ; mais il ne faut pas l'administrer à l'intérieur.

La rhubarbe paraît encore à l'auteur le principal moyen conjointement avec les ferrugineux et les bains de gélatine.

M. Schoepf appelle fausse scrofule l'appauvrissement du sang, consécutif à diverses affections chroniques des systèmes glandulaire et osseux.

---

27. *Sur la nature et le traitement du tic douloureux.*

(The Lancet.)

Le docteur Veagh reconnaît quatre espèces différentes de névralgie faciale : 1° le tic fonctionnel, consécutif à un trouble des organes digestifs ; 2° le tic dentaire, produit par la carie d'une

dent ; 3° le tic rheumatique, succédant à un refroidissement ; 4° le tic sympathique, celui qui résulte d'une irritation ayant son siége dans l'axe cérébro-spinal ou dans le système ganglionnaire. Mais l'auteur avoue n'avoir jamais vu de névralgie faciale qu'il ait pu ramener à ce dernier ordre ; c'est donc une pure création théorique dont il fait lui-même bon marché. Quant à ce qui regarde les tics douloureux du second et du troisième ordre, les indications thérapeutiques qu'ils présentent sont fort simples : enlever la dent malade dans le premier cas, exciter la diaphorèse dans le second. M. Veagh ne s'occupe donc avec quelque détail que du tic sympathique d'une affection gastro-intestinale. Les caractères symptomatiques qu'il lui assigne sont de commencer d'une manière lente, ou d'occuper toute la face, sans que le malade puisse rapporter la douleur à un point plutôt qu'à un autre ; il existe en même temps divers troubles du côté des organes digestifs. On doit, en pareil cas, prescrire un traitement antiphlogistique modéré, diminuer la quantité des aliments, donner le soir des pilules de mercure et d'extrait de jusquiame à petites doses, et le matin une infusion de gentiane additionnée de quelque solution alcaline ; les sinapismes à l'épigastre sont alors indiqués : le malade devra prendre de l'exercice à l'air libre. L'emploi de ces moyens amène de l'amélioration au bout de huit ou dix jours. Lorsque la langue est nette, il prescrit le sulfate de quinine à la dose de quatre grains répétés quatre ou cinq fois par jour. Il augmente même cette quantité au besoin. Quant aux topiques sédatifs, il n'en fait pas grand cas contre cette forme de névralgie.

---

28. *Sur deux cas de céphalalgie guéris par le valérianate de zinc ;* lettre du docteur Vincenzo Boccaccini au docteur Dazio Olivi.

(Il Raccoglitore medico.)

Le valérianate de zinc jouit actuellement en Italie d'une certaine réputation contre les céphalalgies rebelles. Les deux observations suivantes témoignent que c'est une ressource qui ne serait pas à négliger dans des circonstances analogues à celles des sujets dont il est ici question :

Obs. 1. — Poletti, Antonio, paysan robuste de trente-cinq ans, n'a eu d'autres maladies que des rhumes légers. Etant allé à la ville pour ses affaires, il sua beaucoup en chemin, pressé qu'il était par le mauvais temps, particulièrement à son retour. La nuit suivante, il fut pris d'une forte douleur de tête qu'il comparait

à celle qu'aurait produite un instrument piquant qui lui aurait traversé la tête de part en part. C'était à droite surtout qu'elle était le plus forte. M. Boccaccini, après avoir appris ces circonstances, trouvant le pouls du malade fébrile, lui pratiqua une saignée, lui prescrivit un purgatif et l'usage de boissons sudorifiques. Le malade fut débarrassé de la fièvre à la suite d'une abondante diaphorèse continuée pendant plusieurs jours; la céphalalgie le quitta aussi, mais pendant le jour seulement, car elle revenait la nuit avec plus de violence que jamais. L'auteur pensa que la douleur avait fixé plus particulièrement son siége sur les nerfs frontal, temporal et auriculaire droits, et qu'il n'y avait que des remèdes sédatifs qui pussent avoir prise sur elle. Le valérianate de zinc commençant alors à jouir d'une grande renommée contre les névralgies, M. Boccaccini en prescrivit douze grains à prendre en quatre jours. Cette première dose amena déjà une amélioration notable; le malade se trouva complétement guéri après avoir pris trente-deux grains de valérianate de zinc, et depuis cette époque il ne s'est plus aucunement ressenti de douleurs céphalalgiques.

Obs. 2. — N. N., femme de trente ans, de forte constitution, mère de plusieurs enfants, était souvent atteinte, ainsi que tous les membres de sa famille, d'accès de céphalalgie avec des douleurs pongitives aux côtés de la tête. On attribua d'abord cette céphalalgie à un état pléthorique, et on fit quelques saignées, quoique la menstruation fût abondante; mais l'effet en fut insignifiant, et la céphalalgie ne tardait pas à revenir avec sa violence habituelle, ainsi que les douleurs pongitives. Consulté sur ce cas, l'auteur proposa le valérianate de zinc, mais seulement après la cessation de l'époque menstruelle, afin de bien s'assurer si le mal dépendait d'un état pléthorique ou d'une simple névrose. La guérison fut complète après l'administration de vingt-quatre grains de valérianate de zinc.

---

29. *Sur le mode d'emploi le plus efficace de la ciguë;* par M. Donovan.

(Dublin medical Press.)

On sait que la ciguë, prise en nature et fraîche, est pour l'homme un poison très-actif, tandis que beaucoup d'animaux inférieurs peuvent la prendre impunément. On sait en outre que, sous quelque forme qu'on l'administre, elle n'est jamais d'un effet constant. C'est un médicament d'une extrême infidélité. Après avoir rappelé les travaux publiés sur ce sujet par MM. Gie-

serke et Geiger, Earle, Christison, Pereira, Stoerk, et montré par des citations que l'extrait et la poudre sèche de ciguë, ayant perdu tout ou partie du principe actif (conicine), n'offrent aucune sûreté au praticien, l'auteur recommande la préparation indiquée en 1814 par le docteur Neligan, dans *The Dublin journal of médical science*, et dont voici la formule : Prenez les feuilles fraîches de la ciguë; exprimez le jus; laissez-le reposer pendant quarante-huit heures; débarrassez la liqueur de la matière féculente et de la chlorophylle, et ajoutez un cinquième d'alcool rectifié. Cette préparation peut se conserver intacte pendant deux ans. M. Donovan y fait pourtant un léger changement. Après avoir exprimé le jus de la plante, il ajoute *immédiatement*, non pas un cinquième, mais un quart d'esprit-de-vin rectifié. Il pense que cette dernière proportion assure mieux que la première la solution et la fixation du principe actif. L'alcool précipite toute la matière colorante verte; et si l'on filtre la liqueur au bout de quelques jours, on la trouve d'une couleur rouge pâle et parfaitement transparente. Il est important d'observer, ajoute l'auteur, que le jus de la plante doit être pris pendant la floraison, c'est-à-dire vers la fin de juin ou au commencement de juillet.

---

30. *Observations sur l'emploi du fiel de bœuf en médecine;* par le docteur Clay.

(The medical Times.)

Voici dans quels termes le docteur Clay caractérise l'action du fiel de bœuf comme agent thérapeutique. « Beaucoup d'autres agents, dit-il, ont une action directe ou indirecte sur un organe particulier et stimulent une fonction particulière. Il en résulte une augmentation de sécrétion qui peut atténuer ou guérir une maladie, soit directement, soit par dérivation. Le fiel de bœuf, au contraire, paraît agir, non sur le système organique des intestins, mais sur les matières qui doivent les traverser. Il semble que ce soit un simple agent chimique, ne possédant qu'à un faible degré le pouvoir d'exciter les tissus vivants, mais portant plus directement son action sur la masse fécale contenue dans la partie inférieure des intestins. Son premier effet paraît être de communiquer aux matières plus de consistance et de donner plus de prise à l'impulsion qui leur est communiquée par le tube intestinal; le second, de prévenir leur décomposition et la production de gaz trop abondants, etc. « L'auteur résume rapidement une quarantaine d'observations relatives à des cas de con-

stipation opiniâtre dus pour la plupart à des affections hépatiques, et dans lesquels l'emploi du fiel de bœuf a produit des résultats avantageux. Il est probable que le fiel de bœuf n'a pas seulement les effets que lui prête l'auteur, mais qu'il exerce encore, à la manière de la bile humaine, sur les aliments ingérés, une action chimique qui facilite la digestion. Cette circonstance, que son usage a été surtout avantageux dans des maladies où la sécrétion de la bile était troublée, donne à cette vue une importance particulière.

---

31. *Accouchement laborieux; présentation du cordon ombilical, d'une jambe et d'un bras; terminaison heureuse;* par les professeurs Cuesta et Gonzalo.

(Boletin de Medicina, etc.)

Bernarda Alonzo, 36 ans, bien constituée, menant une vie laborieuse et active, d'une stature régulière, ayant fait douze enfants, éprouva les premières douleurs de l'enfantement le 4 septembre 1845. Elle fit appeler à son secours une femme qui assiste les femmes en couches, et qui n'a pour toute connaissance qu'une hardiesse excessive, capable de compromettre la vie des mères et des enfants. Dans la matinée du 5, elle déchira les membranes, les eaux s'écoulèrent, et le cordon ombilical s'étant présenté, elle le tira violemment, le divisa, et lia les deux bouts, pour assurer, dit-elle, la vie de la mère et du fœtus. Cela fait, elle se reposa, donnant l'assurance que tout se passerait bien, grâce à son savoir et à la position heureuse de l'enfant : malheureusement aucune de ses assertions n'était vraie. Le 5 et le 6, les douleurs continuèrent de plus en plus violentes : la patiente épuisait ses forces inutilement, et les difficultés allaient en augmentant. Dans la nuit du 6, on manda auprès de la femme le chirurgien D. Mariano Gonzalo, qui essaya plusieurs fois en vain de changer la position vicieuse de l'enfant, et fit appeler en dernière analyse le professeur Cuesta pour terminer l'accouchement.

C'était le 7 au matin : la patiente était dans le plus grand abattement, la figure pâle et altérée; résolution des forces générale, plus de douleurs par inertie de l'utérus. Les parties génitales externes étaient rigides et engorgées; l'orifice de l'utérus dur, modérément dilaté, mais cédant facilement. La tête de l'enfant se présentait, le diamètre occipito-frontal correspondant au diamètre antéro-postérieur du bassin, et enclavée de manière à ne pouvoir vaincre le détroit supérieur. Les bouts du cordon pendaient au dehors; une extrémité pelvienne dépassait le vertex

sur le côté droit, et la partie moyenne de la jambe était serrée entre la la tête et le bassin ; un bras avait glissé entre le côté gauche de la tête et la partie correspondante du bassin. Avec une pareille disposition, la nature, livrée à elle-même, était impuissante. En second lieu, quoique le fœtus auquel le cordon divisé appartenait fût certainement mort, on administra le baptême avec une seringue, car les membres sortis laissaient dans l'incertitude sur la présence de deux enfants. On avait déjà pratiqué une saignée du pied ; on eut recours aux vapeurs émollientes pour favoriser la laxité des parties externes, et on procéda à la manœuvre. On chercha à refouler la tête du fœtus ; mais l'engourdissement de la main engagée par la compression vigoureuse du col de la matrice, força à suspendre ce temps de l'opération. Ce ne fut pas sans peine que l'on parvint à dégager la tête et à faire rentrer le bras au-dessus du détroit supérieur, les deux accoucheurs se remplaçant lorsque la fatigue était trop forte ; enfin, la jambe rentra à son tour. Dès ce moment, les contractions spasmodiques de l'utérus cessèrent ; on aida à la présentation de la tête par le diamètre oblique du bassin, on ranima la malheureuse femme par l'espérance et au moyen d'une potion tonique. Les contractions utérines se réveillèrent avec une telle énergie, que dix minutes suffirent pour l'accouchement d'un enfant mort et du volume d'un enfant à terme et robuste. Le placenta fut expulsé peu de temps après ; la femme se rétablit sans accidents.

---

32. *Accouchement laborieux ;* par le docteur Pedro Castello.

(Archivo de la medicina espanola, etc.)

A 4 heures de l'après-midi du 27 février, je fus appelé auprès d'une dame de 42 ans, qui était en travail d'enfantement pour la 18e fois. Les eaux étaient écoulées depuis trois jours, et il y avait une proéminence du cordon. Le cordon était froid et sans pulsation ; l'ouverture de la matrice était contractée, et le fœtus se présentait par une main et un pied.

Le ventre volumineux et tympanisé, une grande prostration accompagnée de fièvre et de soif, une odeur putride qui s'exhalait des parties génitales, et l'absence absolue des douleurs, me firent porter un fâcheux pronostic ; et avant d'entreprendre la délivrance, je fis administrer les derniers sacrements et une potion anti-spasmodique avec l'eau de menthe poivrée, le sirop d'écorce d'orange amère, l'éther sulfurique, la teinture de castoréum et l'esprit de cannelle. Deux heures se passèrent ainsi, et le spasme utérin cessa de manière à permettre l'introduction de la main.

Un lacs posé sur le pied sorti, je dirigeai la main vers l'aine, afin d'aller à la recherche de l'autre pied ; mais, arrivé au détroit supérieur, je rencontrai la tête enclavée, son plus grand diamètre correspondant au diamètre antéro-postérieur du pubis. Je cherchai inutilement à obtenir un dégagement, pressant de bas en haut sur le front pendant que je tirais sur le lacs. Voyant que mes efforts étaient vains, j'abandonnai le pied ; je glissai le pouce au-dessus de l'occiput, je pressai dessus de haut en bas, et je parvins avec beaucoup de peine à précipiter la tête dans l'excavation pelvienne. Alors, une main appliquée sur le côté gauche de la tête et l'autre sur le côté droit, à la manière du forceps, je fis l'extraction d'un fœtus en état de macération et noir comme de l'encre. Une colonne de gaz très-fétide s'échappa immédiatement après avec un grand bruit. J'attendis un moment, et comme la matrice ne revenait pas sur elle-même, j'appliquai de la glace à l'hypogastre. Les contractions utérines ne se firent pas longtemps attendre, et la délivrance fut bientôt achevée. Je donnai une glace, du bouillon avec du vin de trois en trois heures, et une potion tonique avec le quinquina et la valériane par cuillerée ; pour boisson ordinaire, de l'eau à la glace, aiguisée avec l'acide sulfurique ; fomentations avec le vin de quinquina sur le ventre.

Le 28, amélioration, même traitement ; de plus, injections vaginales avec le vin de quinquina.

Le 29 et le 30, tout fut bien.

Le 1er juillet, la sécrétion laiteuse commença et la fièvre changea de caractère ; la potion avec le quinquina fut remplacée par une décoction antiseptique avec 3 décigrammes de camphre toutes les quatre heures.

Le 2 au matin, sueur et douleur de tête ; le pouls est plus fort ; pas de soif ; les lochies, comme de l'eau dans laquelle on aurait lavé de la chair, n'ont plus d'odeur. On suspend les injections, les fomentations et la tisane acidulée. La malade, qui avait trois ou quatre selles par jour, ne s'est pas levée. Le soir, sueur copieuse, céphalalgie moindre, une selle.

Le 4, à peine un peu de fièvre ; deux soupes. On ne donne qu'un décigr. de camphre quatre fois.

Le 8, la malade se leva ; elle était rétablie le 12.

---

33. *Exemple remarquable d'avortement à 5 mois dans un cas d'oblitération complète du vagin; établissement d'un vagin artificiel pour livrer passage au produit de la conception;* par D. Manuel Muro y Arrivillaga, médecin à Savianan.

(Archivo de la medicina espanola, etc.)

D. Justa Ibarra de Morlaner, âgée de 33 ans, mariée depuis deux ans environ, d'un tempérament nerveux-lymphatique, d'une faible constitution, menstruée à 12 ans, et régulièrement jusqu'à sa première grossesse, ressentit les douleurs de l'enfantement le 19 décembre 1844. La tête de l'enfant était au détroit inférieur depuis 24 heures, lorsqu'on fit l'extraction à l'aide du crochet, non sans de vives douleurs. La contusion des parties molles occasionnée par la longue présence de la tête du fœtus au détroit inférieur, l'introduction répétée des mains pour aider à l'accouchement, la manœuvre du crochet, donnèrent lieu à une violente inflammation des organes génito-urinaires, à de la suppuration, à des ulcérations, à un écoulement d'une matière épaisse et visqueuse, d'une odeur insupportable, à des selles fréquentes; accidents qui durèrent pendant six mois : après quoi la menstruation reparut avec un flux leucorrhéique dans l'intervalle.

Je recueillis ces renseignements un an après, la malade m'ayant fait appeler dans la crainte d'un avortement. Elle était de nouveau enceinte de cinq mois : le ventre s'était développé, les mamelles avaient grossi, les menstrues manquaient, et elle avait senti les mouvements de l'enfant. Le repos et une saignée dissipèrent les symptômes d'avortement.

Au bout de quatre jours, ce fut à recommencer : douleurs hypogastriques, chaleur, pouls vif et fréquent, anxiété précordiale, flaccidité des mamelles. Une nouvelle saignée fut impuissante; les douleurs devinrent plus fortes et prirent le caractère expulsif; le volume du ventre se ramassa vers le pubis, la matrice entra en contraction, et un écoulement sanguinolent se fit par la vulve.

Voulant explorer les parties, je ne trouvai ni orifice du vagin, ni caroncules; une pseudo-membrane fibro-cartilagineuse le fermait entièrement. D'une grande consistance, elle avait 1 centimètre de long et 1 centimètre de large, s'étendant depuis l'urèthre jusqu'à la cloison recto-vaginale. La vessie correspondait par le fond et par la face postérieure à l'espace vaginal. La membrane demi-circulaire adhérait à la vessie et au rectum, et se continuait avec les grandes lèvres; seulement, sur le côté interne

de la grande lèvre gauche, existait une petite fente par où s'échappait du sang par gouttes.

L'avortement avançait toujours ; mais les efforts de la nature devaient se briser contre cet obstacle. Je fis part aux parents de la position de la malade et de la nécessité de rétablir le conduit vaginal par une opération sanglante. Une consultation eut lieu, dans laquelle tout le monde acquit la conviction que le vagin était oblitéré dans toute son étendue, car on ne pouvait rien sentir à travers les callosités qui remplissaient le conduit, et que la fente de la lèvre gauche était inutile dans ce cas, à cause de sa situation, de sa direction et de son peu de capacité.

Restait donc l'opération comme unique et dernière ressource, et elle fut pratiquée.

La malade placée sur le bord du lit en position horizontale, les cuisses un peu plus élevées que le tronc, les jambes et les grandes lèvres écartées par deux aides, on introduit une sonde dans la vessie et le doigt indicateur dans le fondement, et on reconnaît la présence d'un corps globuleux formé par la matrice. Les parties bien reconnues, la vessie vidée, on retire la sonde, on délimite exactement l'espace sur lequel doit porter le bistouri qui se trouve circonscrit par la membrane déjà décrite, et on commence.

Avec un bistouri droit, enveloppé jusqu'à la pointe, on dissèque avec attention, de dehors en dedans et de droite à gauche, la portion demi-circulaire de la membrane qui adhérait à la vessie : cette dissection fut pénible, tant à cause de la résistance des tissus que de l'étendue de l'adhérence. Un assistant appliqua de suite sa main, la face tournée vers le pubis, les doigts indicateur et médius en dedans, de manière à soutenir et à éloigner en haut et en avant la vessie. L'opérateur dirigea les mêmes doitgs de la main gauche dans le sens opposé pour explorer, et il ne rencontra aucun vestige de vagin. La petite fente déjà décrite sur la grande lèvre ne fut d'aucun secours, et on ne put jamais y pousser le moindre petit bouton. On continua à inciser dans le sens de l'axe du vagin naturel, marchant progressivement en arrière de manière à respecter la vessie et le rectum, divisant des tissus plus ou moins denses, jusqu'à la consistance cartilagineuse, et voulant former un conduit de 2 centimètres de haut sur 3 de large. On comprend combien il fallait de prudence et de tâtonnements ; aussi, après une heure de souffrances, on suspendit la manœuvre pour laisser reposer la malade.

Quand on reprit l'opération, après une demi-heure, on songea encore à la fente de la grande lèvre gauche, et cette fois on

plongea le bistouri dans sa direction ; puis on introduisit jusqu'au fond un bistouri étroit et boutonné accompagné d'un stylet, pour les retirer tous deux en même temps, de manière à inciser de gauche à droite et de dedans en dehors tout ce qui se présentait. On obtint ainsi un passage pour le doigt indicateur gauche, qui servit désormais de conducteur au bistouri, et finalement on arriva sur le col de l'utérus. L'ouverture de la matrice avait le diamètre d'une lentille, la circonférence dure et calleuse ; aussi, sans désemparer, et avec le même bistouri boutonné porté jusque dans la cavité utérine, on fit deux incisions latérales. Il était sept heures du soir, et l'opération était terminée.

Pendant ce temps, les contractions utérines se succédaient vives et fréquentes ; un quart d'heure après, la main gauche du fœtus apparaissait hors de la vulve. Ce fœtus n'était que de cinq mois, par conséquent il n'y avait pas disproportion entre ses diamètres et ceux du bassin ; mais le nouveau conduit ne jouissait pas de la propriété de dilatation propre aux conduits naturels : aussi l'expulsion n'avançait pas. La même raison ne permettait pas à l'accoucheur de laisser entrer facilement la main pour faire la version. Dans cette extrémité, il eut recours à l'embryotomie, avec d'autant moins de regret que le fœtus était putréfié. Le bras amputé, il put introduire le pouce, l'indicateur et le médius de la main droite, parvenir à la symphyse sacro-iliaque droite, saisir les pieds et les entraîner. La tête s'arrêta au passage, et on fut forcé de faire la crâniotomie. Enfin, tout fut fini vers le matin. Jamais on n'a vu un plus grand courage et une plus grande résignation de la part de la patiente !

Elle reposa quelques heures et s'éveilla mouillée de sueur, se plaignant de douleurs hypogastriques.

Le lendemain au soir, la fièvre puerpérale avec le gonflement des mamelles se montra ; elle parcourut sa marche ordinaire. Les lochies fluèrent comme de coutume ; pas de dérangement dans les excrétions alvines et urinaires. Pendant le travail de la cicatrisation, on maintint la liberté du canal artificiel à l'aide de l'éponge préparée.

Le mois suivant, les règles apparurent, et la malade ne tarda pas à recouvrer une parfaite santé.

---

34. *Observation d'une déchirure de la matrice.*

(Revista national.)

Cette observation, publiée dans la *Facultad*, est signée par D. Telesforo Rivero et D. Gregorio Zaldue. Elle se rapporte à

une femme qui, parvenue au dernier mois de sa grossesse, tomba de six à sept pieds de haut et se frappa violemment le ventre. De ce moment elle se sentit mal, fatiguée, avec un poids au bas-ventre, des douleurs légères, quelques vomissements, des coliques. L'accouchement fut porté à terme, sans qu'on s'occupât des conséquences possibles de la chute. Lorsque les premières douleurs se déclarèrent, la malade ressentit des tiraillements et un grand poids; elle fut en proie à des vertiges et à des lipothymies. La poche des eaux se rompit après un jour de douleurs, sous la direction d'une sage-femme, et incontinent la main gauche se présenta hors de la vulve. On manda alors les médecins désignés ci-dessus : la malade était couchée en supination, la figure pâle, les traits contractés, le pouls petit et concentré; elle n'avait pas de vraies douleurs, et se plaignait d'un sentiment de chaleur à la partie antérieure et inférieure de l'abdomen. Le bras gauche du fœtus était gonflé et livide par la compression qu'exerçait le col utérin à sa racine. On parvint, à grand'peine, à introduire les doigts dans la cavité utérine, et on put s'assurer que le tronc avait passé dans le ventre à travers une rupture de l'utérus. Après avoir essayé inutilement d'attirer le fœtus vers les voies naturelles, on se décidait à pratiquer la gastro-hystérotomie, lorsque la patiente succomba. A l'autopsie, on trouva une rupture de la matrice à six centimètres de l'orifice, à travers laquelle le tronc du fœtus était passé dans la cavité péritonéale; il ne restait dans la cavité utérine que la tête et le bras gauche.

---

35. *Rupture de l'utérus, section de l'abdomen, guérison;* par le docteur Kuhne (de Weyer), en Autriche.

(Medicinische Jahrbuecher.)

Une femme de trente-deux ans, mère de six enfants, qu'elle avait mis au monde sans accident, mais avec beaucoup de difficulté, arrivée au terme d'une septième grossesse, ressentit les premières douleurs; la poche des eaux se rompit, et l'amnios s'écoula. Les douleurs étaient vives, et le travail avançait lentement à cause de l'angustie pelvienne. La sage-femme, appelée, fit des frictions avec un liniment, malgré les douleurs et un travail très-actif : tout à coup, dans un violent effort de parturition, la patiente ressentit un mal intense dans le côté droit, et en même temps le travail alla en diminuant. L'auteur fut appelé vers les cinq heures du matin. Il trouva la femme alitée, la face injectée; les yeux étaient brillants; la soif était grande : il y avait des vomissements et une toux fréquente. La chaleur de la peau était

augmentée : une sueur gluante couvrait tout le corps ; le pouls était dur, plein : quatre-vingt-quinze pulsations par minute. Le ventre avait le développement voulu ; mais il était très-douloureux. Derrière la ligne blanche, sous le nombril, on reconnaissait, quoique avec difficulté, les membres arrondis du fœtus : on ne pouvait découvrir le pouls fœtal ; cependant les mouvements en avaient encore été perçus quelques heures auparavant. Au toucher, Weyer trouva la tête dans la première position et facile à atteindre ; le volume en était petit, et le travail avait totalement cessé. La femme avait éprouvé un sentiment de déchirure au moment où elle ressentit la douleur du côté. L'auteur étant dans le doute, prit le parti de temporiser ; il prescrivit : *mixtura oleosa cum extr. hyosciami*, puis du borax avec le seigle ergoté ; il fit faire des embrocations avec l'huile de jusquiame sur le ventre. Ces remèdes furent continués pendant huit heures sans faire diminuer la douleur ni recommencer le travail. Une nouvelle exploration donna le résultat suivant : mêmes symptômes qu'auparavant ; pouls augmenté jusqu'à 100 ; le bas-ventre, derrière la ligne blanche, présentait, d'une manière facile à reconnaître, les parties du fœtus. La tête était remontée au-dessus du détroit et il était impossible de l'atteindre. Certain alors qu'il y avait rupture de l'utérus à la paroi antérieure, l'auteur proposa l'opération césarienne comme moyen unique de salut. La malade y consentit de suite. L'opération eut lieu selon les règles. L'enfant et le placenta furent extraits par la plaie : l'enfant était mort ; mais au bout de six semaines, la mère, parfaitement guérie, reprit ses occupations ordinaires.

---

36. *Hernie, abcès de la fosse iliaque chez une femme enceinte.*

(Anales de cirugia.)

Une femme enceinte de sept mois souffrait d'une obliquité latérale gauche de l'utérus. Une tumeur apparut à l'aine gauche, formée par l'issue de l'intestin et de l'épiploon. Le taxis, des fomentations avec l'éther, un purgatif, amenèrent la réduction de l'intestin, et on appliqua le spica de l'aine. En peu de jours il survint un abcès de la fosse iliaque, qui donna une grande quantité de pus, et tout rentra dans l'ordre, la grossesse n'ayant éprouvé aucun trouble.

---

37. *Môle hydatique ;* par le professeur D. Francisco Alarcos.

(Revista national.)

Une jeune femme de 24 ans avait eu trois accouchemènts

dont deux laborieux. La troisième fois, on avait fait la version par les pieds, à cause d'une hémorrhagie dépendant du décollement du placenta. L'accouchement fut heureux, et la patiente entièrement remise le 40e jour.

Le 8 novembre 1844, la menstruation se présenta. Au mois de décembre, elle ne se montra que le 26, s'arrêta dans la nuit, et reparut le 28 après quelques pédiluves. Pendant tout le mois de janvier, il y eut écoulement continu d'un liquide séreux-sanguinolent, accompagné de douleurs aux aines, de fièvre et de céphalalgie : le ventre était volumineux comme pour une grossesse de quatre mois. Dans les premiers jours de février, il survint des évacuations répétées d'eau avec une exacerbation des douleurs ; le ventre se réduisit de moitié. Au bout de quelques jours, nouvelles eaux suivies d'un flux sanguin ; symptômes nerveux. Le 20, douleurs de peu de durée, peu énergiques ; écoulement considérable de sang. En pratiquant le toucher, on rencontra, avant d'arriver à la matrice, un corps mou et informe qui remplissait le conduit vagino-utérin et dont on fit l'extraction. C'était une môle hydatique, de 4 kilogrammes, de figure irrégulière, se rapprochant de la forme ovoïde, composée d'un grand nombre de vésicules de grandeur variable, adhérant par un pédicule au corps commun qui ressemblait à une masse cellulo-vasculaire.

La malade eut quelques jours de fièvre et se rétablit ensuite.

---

38. *Histoire d'une môle par faux germe, observée chez une femme de 52 ans, après vingt-neuf ans de stérilité;* par D. Antonio Navarro y Barnés, professeur à Lorca.

(Boletin de medicina.)

Agueda Martinez, âgée de 52 ans, d'un tempérament nerveux-lymphatique, d'une faible constitution, menstruée à 16 ans, mariée depuis 29 ans, sans enfants, a eu ses règles quelquefois si abondantes qu'on aurait pu penser à une véritable métrorrhagie. Dans le mois de juin 1845, elle fut menstruée pour la dernière fois. Trois mois après, le ventre augmenta de volume, de bas en haut. Les fonctions continuèrent à s'exercer régulièrement, sans aucun des symptômes propres à la grossesse, tels que nausées, vomissements, gonflement des seins ; la malade percevait seulement dans le ventre de légers mouvements.

Appelé le 21 janvier de cette année, je trouvai la patiente en proie à une vive agitation, triste, abattue, redoutant une fin prochaine ; la peau était un peu chaude ; le pouls petit, faible et

fréquent ; l'appétit nul, la miction répétée. L'examen de la tumeur, par la palpation et par le toucher vaginal, ne permit pas de douter qu'elle ne fût formée par la matrice ; au moins c'étaient la forme et le volume d'une matrice contenant un fœtus de 7 à 8 mois. Le col était élevé et incliné en arrière. Un bruit de soufflet, clair et distinct, isochrone au pouls de la mère, était entendu à la partie supérieure et à droite, pas ailleurs. Comme il n'existait aucun des symptômes de l'hydrométrie, de l'emphysométrie, de l'hypertrophie de l'utérus, etc., on s'arrêta à l'idée d'une grossesse.

Cette opinion, partagée par le professeur D. Manuel Carmona, tranquillisa la malade, qui prit peu à peu des aliments et recouvra ses forces.

Le 3 février, il se déclara des douleurs intermittentes, d'une durée variable, qui, partant de l'ombilic, venaient se terminer à la partie inférieure de l'hypogastre ; ces douleurs étaient accompagnées de la proéminence de la tumeur, de la tension et de la rigidité de l'utérus, de la dureté et de la fréquence du pouls, de l'animation de la face et d'une grande agitation. En même temps des mucosités incolores et visqueuses fluaient par les parties génitales. La matrice était descendue, le museau de tanche était légèrement entr'ouvert, et ses lèvres s'amincissaient. Dans l'intervalle des douleurs, calme et repos.

Le 4, douleurs moins fortes et plus éloignées ; l'écoulement vaginal est interrompu.

Le 6, plus de douleurs ; la malade sent des mouvements dans le ventre qui sont reconnus par les assistants.

Jusqu'au 15, on n'observe rien de particulier ; beaucoup de faiblesse, impossibilité du décubitus dorsal.

Le 16, œdème des pieds qui envahit successivement les jambes, les cuisses et les parties génitales, malgré les diurétiques.

Le 3 du mois de mars, dans la nuit, il sortit par le vagin un liquide aqueux au milieu de violents efforts d'expulsion, et la malade épuisée mourut dans la matinée du 4.

On pratiqua immédiatement l'hystérotomie abdominale, d'après la méthode de Mauriceau.

La matrice s'élevait jusqu'à la région épigastrique ; elle contenait une tumeur résistante et élastique, veloutée à la surface, avec une petite ouverture en bas correspondant à l'orifice de l'utérus, lequel était resté entr'ouvert. Cette tumeur incisée se présentait comme un sac de 8 millimètres d'épaisseur, formée de plusieurs membranes : une interne, lisse, fine et transparente, pouvant se détacher sur quelques points, lubrifiée par un liquide semblabe à celui qui s'était écoulé par le vagin peu d'instants

avant la mort : c'était l'amnios ; sa membrane externe, plus forte et plus dense, était formée par la caduque réfléchie hypertrophiée. Cette poche avait des rapports intimes par sa partie supérieure et droite avec un corps celluleux-vasculaire, grisâtre, en forme de disque, de 4 décimètres de circonférence, adhérent à la matrice. En continuant la même hypothèse, ce ne pouvait être que le placenta altéré. L'intérieur du sac était rempli par une masse charnue, du volume de la tête d'un adulte, d'une figure semi-elliptique, l'extrémité supérieure plus volumineuse que l'inférieure, de couleur rouge, lisse, et baigné par un liquide aqueux. Une incision cruciale laissa voir un tissu charnu et musculaire ; seulement dans le côté gauche il y avait une cavité, comme un œuf de poule, pleine de sang noir.

La masse charnue avait des relations avec la matrice au moyen de trois vaisseaux sanguins, de trois à quatre travers de doigt de longueur, qui, sortant par la partie supérieure, cheminaient parallèlement et venaient se rendre au centre du placenta. Le plus volumineux était comme le petit doigt, et le moindre avait le volume d'une plume à écrire. Ils étaient unis par du tissu cellulaire et enveloppés d'une membrane très-fine.

---

39. *Guérison d'une tumeur du cou à l'aide de l'acupuncture;* observation du docteur Ernico Costetti.

(Traduit de l'italien par le docteur Frédéric CAZALIS.)

(Bulletino delle scienzea mediche della Societa medico-chirurgica di Bologna.)

Une jeune femme, nommée Marianne Avoni, portait depuis six mois au côté droit de la trachée, sous le muscle sterno-cléïdo-mastoïdien, une tumeur mobile et indolente. Cette tumeur, qui à son apparition n'avait guère que le volume d'une noisette, était devenue peu à peu plus grosse qu'une noix. Le médecin ordinaire de cette malade, mon ami le docteur Giacomo Maddaleni, avait pensé que cette tumeur était constituée par du tissu cellulaire dont les fibres et les lamelles plus grosses et plus engorgées que dans l'état normal avaient formé une espèce de kyste autour d'un épanchement de liquide probablement sanguin, que lui regardait comme le premier élément de cette tumeur.

Dans la matinée, en effet, du jour où la jeune femme s'était aperçue pour la première fois de cette petite tumeur, Marianne avait fait un effort en levant avec une autre personne un corps pesant, et en tenant en même temps la tête et le cou d'une manière incommode, pliés et tournés vers le lieu où elle voulait déposer ce fardeau. Bien qu'elle n'eût éprouvé dans ce moment

aucune sensation douloureuse au cou, néanmoins, en l'absence de toute autre cause occasionnelle connue, elle considéra cet effort comme la cause première de la tumeur. Cette explication parut très-rationnelle à son médecin, qui se rendait compte par là du petit épanchement de sang qui avait dû, d'après lui, amener dans le tissu cellulaire environnant les dispositions anormales et le développement dont nous avons déjà parlé.

Ce gonflement, qui avait, dans le principe, un volume à peu près égal à celui d'une noisette, acquit lentement, ainsi que nous l'avons dit, celui d'une grosse noix, nonobstant l'usage des cataplasmes émollients et les frictions nombreuses qui furent faites avec l'extrait de ciguë et avec l'hydriodate de potasse mêlés à de la graisse. La maladie durait déjà depuis six mois, malgré un traitement suivi avec soin pendant trois mois consécutifs; ce qui fit penser à mon ami qu'il devait abandonner la route suivie jusqu'alors. Il voulut me faire visiter la malade, et me demanda si je croyais qu'il convînt d'essayer de faire résoudre cette tumeur au moyen de l'acupuncture.

En songeant à l'inefficacité des remèdes employés jusqu'alors, et prenant en considération cette circonstance, que la jeune femme n'avait pas pu supporter un dernier onguent ioduré qui avait rapidement amené sur sa peau très-délicate une excoriation douloureuse, je me joignis à l'opinion de mon collègue, et je me mis à pratiquer moi-même les petites opérations jugées utiles par nous. J'eus recours cinq fois à l'acupuncture, en mettant l'intervalle d'un jour entre les opérations. La première fois, je mis deux aiguilles, puis trois, puis quatre, puis cinq; j'en plaçai sept la dernière fois. — Il fallut bientôt mettre un intervalle plus long entre chaque opération; car, sans parler de la douleur grande que causait l'introduction des aiguilles, il survenait, quand on les retirait, un gonflement de la tumeur tel, qu'on était obligé de s'abstenir pendant quelques jours de toute espèce d'opération, et en outre d'oindre avec de la graisse simple la partie sur laquelle on avait le soin de tenir des cataplasmes de graine de lin. Après une semaine environ de repos, pendant laquelle on continuait les applications émollientes ci-dessus, l'inflammation disparaissait, et à mesure que cette résolution s'effectuait, on voyait la tumeur perdre progressivement de son volume primitif. L'acupuncture fut pratiquée une douzaine de fois environ : cela suffit pour détruire toute espèce de difformité et pour rendre le cou de la malade tel qu'il était avant l'apparition de la tumeur.

Les dernières opérations furent pratiquées tantôt avec trois

aiguilles, tantôt avec quatre, et une seule fois avec cinq. — Quand l'opération n'était pas très-douloureuse, on traversait de part en part la tumeur et la peau qui la recouvrait ; dans le cas contraire, on poussait les aiguilles de manière à ne pénétrer que dans le corps de la tumeur. On laissait les aiguilles en place pendant une heure et demie, deux heures au plus; en les retirant, il sortait quelquefois par les piqûres quelques gouttes d'un beau sang qui paraissait provenir des petits vaisseaux cutanés ; une seule fois il s'écoula par elles une grosse goutte d'un sang altéré que nous crûmes provenir de l'intérieur de la tumenr. Il n'y eut pas d'ailleurs de déplétions sanguines assez abondantes pour qu'on pût leur attribuer la bonne issue du traitement. Si je ne me trompe, le succès que nous avons obtenu doit être attribué : 1° aux inflammations légères et répétées dont la résolution, ainsi que cela a toujours lieu dans les phlogoses, provoque l'activité de l'absorption; 2° à la lésion de l'intégrité des tissus, qui donnait lieu à l'oblitération de quelques vaisseaux capillaires et à la formation de cicatrices.

Les bons effets de l'acupuncture dans ce cas, joints aux succès que j'ai obtenus en traitant par la même opération un goître dont j'ai publié naguère l'observation détaillée dans ce journal, me font voir dans l'acupuncture un moyen thérapeutique qui pourrait être employé avec avantage pour détruire certaines tumeurs qu'il ne convient pas d'enlever avec le bistouri, et qui résistent à l'action des fondants les plus énergiques.

L'acupuncture produit les effets suivants : 1° elle provoque une phlogose dont le degré et la nature sont ceux de l'inflammation adhésive, laquelle amène, en disparaissant, une augmentation de l'absorption locale : ce dernier phénomène a toujours lieu dans tous les cas de résolution de phlogose ; 2° elle fait des lésions dans la trame organique des corps pathologiques, grâce aux cicatrices qui vont occuper les petits canaux formés par les aiguilles, et qui, en bouchant les ouvertures des vaisseaux capillaires et en altérant les fibres, s'opposent à la continuation de leur vie morbide. Il me semble qu'on peut conclure des considérations dans lesquelles nous venons d'entrer, que les avantages de l'acupuncture seront d'autant plus grands que les tumeurs seront formées de substances d'une absorption plus facile, de liquides par exemple, surtout lorsque ceux-ci se rapprochent par leur composition de la nature des humeurs animales ; que les parties solides de la tumeur seront en moins grande quantité, et qu'elles auront plus besoin de rester entières pour pouvoir accomplir leurs actes vitaux. On devra recourir à l'acupuncture avec une

grande confiance dans le traitement des tumeurs qui contiennent du sang, de la lymphe ou autre liquide, lorsqu'on peut croire qu'il est peu altéré (1); on l'emploiera surtout contre ces tumeurs qui, ayant ou non une cavité, se composent en majeure partie de vaisseaux sanguins, car ceux-ci ont plus besoin que tout autre solide de se conserver dans toute leur intégrité pour pouvoir accomplir leurs fonctions. Il suffit, en effet, de l'occlusion complète d'un seul point de leur canal pour rendre inutile totalement, ou au moins en partie, le reste du canal.

---

40. *Anévrysme de l'artère poplitée, traité par la compression; guérison;* par G. R. Daruell.

(London medical Gazette.)

Thomas Jones, soldat du 68e régiment d'infanterie légère, âgé de 38 ans, au service depuis 20 ans, ayant les cheveux blonds et peu d'embonpoint, du reste bien portant, entra à l'hôpital général, le 26 juillet 1845, pour un anévrysme de l'artère poplitée du côté gauche. Le 5 juillet, en traversant la cour de la caserne, il sentit subitement, et sans pouvoir l'attribuer à aucune cause, quelque chose se rompre dans le jarret gauche. Il faillit tomber et ne put regagner sa chambre qu'avec beaucoup de peine. Il fut immédiatement transporté à l'infirmerie du régiment; mais un changement de garnison ayant eu lieu, il devint nécessaire de le faire passer à l'hôpital général, à Chatam.

A son entrée, nous trouvâmes dans le creux poplité du côté gauche une tumeur du volume d'un œuf de poule, pulsatile, disparaissant par la pression et reprenant progressivement son volume dès qu'on cessait de la comprimer : l'auscultation y faisait percevoir un bruit de souffle aigu coïncidant avec la contraction

(1) Pourra-t-on obtenir par l'acupuncture la résolution d'une tumeur pleine de vrai pus? Je crois qu'il sera très-difficile d'obtenir un pareil résultat : 1° parce que le pus est un liquide qui a si peu d'affinité avec le solide vivant, que celui-ci (sauf dans quelques cas extraordinaires), plutôt que de prêter à son absorption, fait tous ses efforts pour l'expulser hors de lui; 2° parce que les parois des tumeurs de cette espèce sont d'ordinaire altérées de telle sorte que, loin d'être disposées à la phlogose adhésive, elles sont plus portées à des mouvements inflammatoires plus violents qui amènent l'ulcération ou toute autre augmentation du désordre organique qu'on voulait guérir. Je n'entends parler ici que de ces tumeurs ou abcès qui contiennent un liquide ayant tous les caractères, toutes les propriétés du pus parfait; je n'étends pas mon raisonnement à ces abcès lymphatiques qui, avant d'avoir été ouverts, ne contiennent peut-être jamais de vrai pus. Ces derniers pourraient être traités avec d'autant plus de raison par les aiguilles, que l'observation de chaque jour démontre avec plus d'évidence combien sont insuffisantes les méthodes curatives que l'on recommande dans des cas de cette nature.

du cœur. Les battements cardiaques étaient normaux. Le pied gauche était un peu tuméfié : le malade se plaignait d'une sensation de battement dans le jarret et d'un peu d'engourdissement du pied et de la jambe.

Le 3 août, on appliqua deux compresseurs à vis, dont l'un fut placé de manière à comprimer l'artère fémorale à l'aine et l'autre au tiers moyen de la cuisse : on montra au malade à alterner la compression avec l'un ou l'autre des instruments, relâchant l'un et serrant l'autre à mesure que la pression lui devenait trop pénible dans un même point.

Le 7. L'anévrysme avait diminué de volume et était devenu plus dur : un caillot semblait se former dans la tumeur. Pas de pulsations sensibles. La température du membre est normale, les orteils seuls sont froids. Le malade se plaint de fourmillements déterminés par la pelote du compresseur : au reste, il règle la compression avec beaucoup de soin et de patience.

Le 8. État satisfaisant : le sommeil du malade est souvent interrompu par la douleur que causent les pelotes des compresseurs : pouls à 56.

Le 9. La tumeur a encore diminué : elle est tout à fait solide au toucher et n'est le siége d'aucun battement.

Le 10. Les choses vont de la manière la plus favorable. On supprime les compresseurs et on les remplace par un bandage roulé : sur la tumeur et sur le trajet de l'artère fémorale, on place des compresses pliées en plusieurs doubles, afin de modérer l'effet du sang dans ce vaisseau.

Le 11. La température des deux membres est la même ; pouls à 56 : il existe un peu d'engourdissement du membre.

Le 21. La tumeur a diminué de moitié et ne présente pas la moindre trace de battement. Depuis deux jours, le malade se lève : sa santé générale est bonne ; on a augmenté la quantité de ses aliments. Il ne se plaint d'autre chose que de quelques crampes, du reste très-passagères, et d'un peu d'engourdissement du membre. (On supprime le bandage roulé : frictions avec un liniment camphré.)

Le 8 septembre. Le malade fait beaucoup d'exercice : il ressent un peu de faiblesse dans le membre et de roideur dans le genou.

Le 25. La diminution de volume de la tumeur marche rapidement ; elle a presque complétement disparu : il n'y a plus que quelques douleurs légères et très-passagères dans le gras de la jambe.

Le 20 octobre. La guérison est parfaite depuis quelque temps déjà ; mais on a voulu garder le malade à l'hôpital pour le mieux

observer, à cause de l'intérêt qui s'attache à ce cas. On le renvoie pour faire le service comme convalescent.

Le point le plus remarquable de cette observation est la rapidité avec laquelle la guérison s'est opérée. Les compresseurs furent appliqués pour la première fois le 3 août, et furent retirés le 10, septième jour de leur emploi. La compression ne fut jamais assez forte pour empêcher complétement le passage du sang dans l'artère fémorale, ni pour déterminer la moindre écorchure de la peau. Au quinzième jour du traitement, le malade put se lever ; au bout de deux mois et demi, il put reprendre son service. Il a été examiné le 5 février par plusieurs chirurgiens : sa santé était aussi bonne qu'elle ait jamais été. Cet homme se plaint seulement d'un peu de faiblesse dans le membre et d'un sentiment passager d'engourdissement le long de la partie antérieure de la jambe ; mais il marche sans boiter le moins du monde. Il n'y a pas la plus faible trace de la tumeur anévrysmale : les deux membres présentent exactement le même degré de développement et le même volume.

---

41. *Anévrysme poplité guéri par la compression ;* par M. Storks.

(London medical Gazette.)

A la séance du 2 mars 1846 de la Société médicale de Londres, M. Storks a communiqué le fait suivant :

John Romer, âgé de 32 ans, tailleur, d'une mauvaise constitution, fut admis au dispensaire de la rue de Blienheim, à Londres, le 7 septembre 1845, pour un anévrysme poplité de la jambe gauche. Le traitement par la compression au moyen du tourniquet de Signorini fut commencé le 12 septembre. Les battements cessérent le 20e jour, mais reparurent le 22e, accompagnés de tuméfaction, de sensibilité et d'une notable augmentation de volume de la tumeur. Quelques sangsues furent appliquées : la douleur se calma ; mais la tuméfaction, les battements et les bruits artériels persistèrent. Pendant les 44 derniers jours du traitement, la compression fut exercée directement sur la tumeur au moyen d'une pelote : sous l'influence de ce moyen, les battements cessèrent ainsi que les bruits artériels. Le traitement dura en tout 91 jours.

M. Storks s'appuie sur les résultats de la statistique dressée par M. B. Phillips, pour prouver la supériorité de la compression sur la ligature. Dans 16 cas traités par la compression, il n'y en en a eu que 2 qui aient été suivis de la mort du malade, et dans 15 cas la guérison de l'anévrysme a eu lieu. Il remarque

que des 2 cas dont l'issue a été funeste, l'un au moins ne peut être considéré comme un insuccès, puisque le malade est mort d'une maladie du cœur, 48 heures après que les battements avaient complétement cessé dans la tumeur. Dans le second cas, le défaut de succès peut être attribué à l'extrême irritabilité du malade et au peu de précaution avec lequel la compression a été employée. Il importait de savoir quelles altérations la compression déterminait dans l'artère : trois occasions s'étaient présentées de s'en assurer, et dans les trois cas on ne trouva autre chose qu'un épaississement des parois du vaisseau. M. Storks termine son travail en insistant sur l'opportunité qu'il y a toujours à tenter la compression pour la guérison des anévrysmes avant d'en venir à la ligature.

La communication de M. Storks souleva une discussion assez animée dans le sein de la Société. La majorité des orateurs se prononça en faveur de la compression. La considération du moindre danger de cette méthode et de la possibilité, en cas d'insuccès, d'en venir à la ligature comme dernière ressource, a paru être la raison déterminante de la préférence accordée à la compression.

---

42. *Guérison spontanée d'un anévrysme de l'artère fémorale; mortification des orteils;* par J. Kirby.

(Dublin medical Press.)

La guérison spontanée des anévrysmes est un fait rare, surtout quand il s'agit d'une tumeur siégeant sur une artère de l'un des membres. L'observation suivante aura à ce titre quelque intérêt.

Le malade était un homme de 50 ans, assez maigre, menant une vie assez active, mais ayant l'air malsain, et se livrant assez souvent à l'ivrognerie. Les deux premiers orteils du pied droit étaient livides, froids, insensibles, fermes au toucher, sans tuméfaction. Il existait une vive douleur au cou-de-pied et à la partie antérieure de la jambe, où il y avait un peu d'œdème. L'artère fémorale, au-dessus de son passage à travers le tendon du triceps de la cuisse, était anévrysmale. La tumeur avait le volume de la moitié du poing; elle était élastique à son centre et diminuait par la compression, mais reprenait lentement son volume quand on la cessait : elle était tout à fait indolore. Les artères placées au-dessous de l'anévrysme battaient faiblement. La maladie datait de quelques mois, et jusqu'aux derniers temps n'avait déterminé d'autre inconvénient qu'un peu de gêne dans

la marche. Si l'on s'en rapporte au dire du malade, la tumeur aurait diminué de volume dans les 15 derniers jours ; et s'il vient réclamer les soins du médecin, c'est moins pour la tumeur qu'à cause des douleurs de la jambe, de la lividité et de la perte de sensibilité des orteils. Je fis frictionner les orteils avec un liniment camphré, puis on les recouvrit de cataplasmes chauds; des lotions froides furent faites sur la tumeur, et, pour le soir, je prescrivis une potion anodine. Le malade restait levé tout le jour, le membre placé de la manière qui lui était le plus commode : aucun changement ne fut apporté à son régime ordinaire, si ce n'est qu'il fut plus circonscrit dans les bornes de la modération. Après un temps assez long, les orteils se séparèrent à leur articulation, comme cela se voit chez les gens qui ont les doigts gelés. La tumeur de la cuisse perdit progressivement ses battements, diminua peu à peu de volume, et finit par se réduire à un petit noyau qui pendant longtemps servit à faire retrouver le lieu qu'elle occupait. Il faut observer qu'à aucune époque de la maladie les veines du membre ne furent tuméfiées. En réfléchissant sur ce fait, on se demande quel aurait été ici le résultat de la ligature de l'artère suivant la méthode ordinairement employée. Dans mon opinion, cette opération n'eût été nullement justifiée : outre les souffrances qu'elle eût infligées au malade et le danger auquel elle l'exposait, elle eût troublé la nature dans ses efforts pour sauver le membre et préserver la vie du sujet. Je me rappelle plusieurs cas semblables qui furent traités par la ligature, et je crois être parfaitement justifié à affirmer que quand il y a imminence de gangrène, le moment opportun pour l'opération est passé, et qu'elle ne fait qu'aller contre le but que le chirurgien se propose.

---

43. *Ablation d'une tumeur enkystée du ligament large de l'utérus ;* par G. Southam, chirurgien de l'hôpital de Salford.

(The medico-chirurgical Review.)

Madame S..., âgée de 38 ans, mariée depuis vingt ans, n'avait jamais été enceinte. Il y a huit ans que le ventre a commencé à prendre du développement : comme la santé générale était bonne, et comme la menstruation continuait à se faire régulièrement, on attribua l'augmentation de volume du ventre à l'embonpoint du sujet. Depuis une année, la tumeur abdominale a augmenté à ce point qu'elle gêne la respiration et cause des douleurs dans la région inguinale gauche. La malade a refusé plusieurs fois de se soumettre à la paracentèse. Elle ne peut

préciser si la tumeur a débuté de l'un ou de l'autre côté de l'hypogastre; lorsqu'elle s'est aperçue de sa présence, elle occupait toute la partie inférieure du ventre. Elle s'adressa à M. Southam, avec le désir très-vif que l'autopsie fût pratiquée.

En examinant l'abdomen, dit le chirurgien, je le trouvai de forme presque globulaire, très-saillant, ayant au moins le double du volume qu'il présente chez les femmes arrivées au dernier terme de la grossesse : les cartilages des fausses côtes étaient fortement relevés. La paroi abdominale était lisse et avait sa coloration normale. On percevait partout une fluctuation très-distincte, bien que profonde; la percussion fournissait un son obscur. Le changement de position ne produisait presque aucune modification dans la forme du ventre. L'utérus, examiné par le vagin et par le rectum, semblait avoir conservé son volume normal, mais paraissait placé plus haut dans le bassin que cela n'est naturel. Le col était parfaitement sain, et la pression exercée sur le ventre imprimait un mouvement d'abaissement de l'utérus. Il n'y avait pas de protrusion des parois vaginales; mais on pouvait sentir une tumeur élastique qui pressait sur le côté gauche de l'utérus et la partie supérieure du vagin. Du reste, la cavité du bassin était libre. Quoique la malade fût un peu amaigrie, la santé générale ne paraissait pas altérée : l'appétit était bon, la langue nette, le pouls naturel; parfois un peu de constipation, qu'on fait facilement disparaître par des purgatifs. Menstruation régulière, quoique un peu moins abondante qu'autrefois. Il y a quelquefois des douleurs dans l'aine gauche, surtout lorsque la malade se couche du côté gauche; et comme elle ne peut se placer sur le dos, elle en est réduite, depuis une année, à se coucher constamment sur le côté droit.

A ces symptômes il était facile de reconnaître une hydropisie enkystée de l'ovaire du côté gauche. On se décida à céder au désir de la malade et à pratiquer l'ablation de la tumeur. Pendant quelques jours la malade fut mise à un régime assez sévère; le ventre fut évacué avec de l'huile de ricin, et la vessie vidée au moyen du cathétérisme.

Le 24 juin 1845, l'opération fut pratiquée de la manière suivante : On fit, au milieu de l'espace qui sépare le pubis de l'ombilic, une ouverture exploratrice assez grande pour laisser passer un doigt. La surface brillante et bleuâtre du kyste se présenta aussitôt à l'ouverture; et comme on ne sentait point d'adhérence, M. Southam fit la ponction de la tumeur avec un fort trois-quarts. Après avoir retiré 16 à 18 pintes d'un liquide jaune citrin limpide, un peu mucilagineux, la canule fut retirée, et le

chirurgien, se servant du doigt indicateur comme d'un conducteur, agrandit en haut et en bas l'ouverture, et lui donna 6 à 7 pouces d'étendue. Ayant constaté avec la main introduite dans la cavité abdominale qu'il n'y avait pas d'obstacle à l'extraction de la tumeur, elle fut attirée doucement au dehors, en même temps que l'on exerçait une douce pression sur le ventre. Comme elle était fixée à l'extrémité du ligament large de l'utérus au moyen d'un pédicule court et vasculaire, on plaça sur lui une forte ligature au moyen d'un fil de soie simple : puis, le pédicule ayant été coupé, la tumeur fut enlevée, et les bords de la plaie réunis immédiatement de manière à éviter l'entrée de l'air. Au bout de quelque temps, la plaie fut ouverte pour extraire le sang qui avait pu échapper à l'intérieur et s'assurer que les vaisseaux du pédicule étaient solidement liés. On examina aussi l'utérus et l'ovaire droit, qui furent trouvés sains. Un des chefs de la ligature ayant été coupé, l'autre fut engagé dans la partie inférieure de la plaie, dont les bords furent rapprochés et maintenus par quatre points de suture à points séparés et par des bandelettes agglutinatives. Par-dessus on fixa un large coussinet, et le tout fut maintenu en place par un bandage approprié. La malade fut remise au lit vingt-cinq minutes après le commencement de l'opération, qu'elle avait supportée avec le plus rare courage. Elle ne parut souffrir beaucoup que pendant le premier temps de l'opération, c'est-à-dire pendant l'incision exploratrice, qui exigea un peu de temps à cause de l'épaisseur du tissu adipeux. On n'éprouva aucun obstacle provenant de la tendance des intestins à sortir par la plaie. Il y eut très-peu d'écoulement de sang, point de vomissements ; seulement l'évacuation du liquide de la tumeur détermina un peu de tendance à la syncope.

Le lendemain, il existait un peu de douleur sur le trajet de la plaie et du côté gauche, douleur que la pression augmentait : il y avait eu de la fièvre et de l'insomnie. Une saignée de 14 onces fit tomber l'accélération du pouls et détermina une syncope. A partir de ce moment, il ne survint rien de fâcheux : l'état de la malade s'améliora progressivement, et le 12 juillet, elle put retourner chez elle, à une distance d'une lieue environ : elle supporta très-bien ce petit voyage. La ligature tomba le 49e jour, et l'ouverture fistuleuse qui lui donnait passage se ferma promptement. Aujourd'hui, la cicatrice de cette grande plaie n'a pas plus de 4 pouces d'étendue.

Le kyste enlevé était uniloculaire, de forme ovoïde : il pesait 31 livres lorsqu'il était rempli de liquide. La maladie avait com-

mencé par le ligament large ; l'ovaire était simplement adhérent à la tumeur.

---

44. *Destruction d'un ver siégeant dans les chambres de l'œil humain ;* observation clinique du docteur R. C. SALVATORE ALESSI, de Naples.

(Bulletino delle scienze mediche di Bologna.)

L'auteur est un oculiste bien connu en Italie, lequel exerce son art tour à tour dans les principales villes des Etats romains avec une grande réputation qui, d'après la presse médicale du pays, n'est pas usurpée. Se trouvant à Bologne dans le courant du mois de novembre, il y fit, devant la Société médico-chirurgicale, une lecture sur la découverte qu'il a faite, après une longue investigation à la loupe, d'un ver dans un œil humain, et sur les moyens qu'il a employés avec succès pour le détruire. Voici le fait :

OBS. — Un magistrat de l'Abruzze citérieure, âgé de trente ans, éprouvait depuis neuf mois des douleurs violentes à l'œil gauche, qu'on attribua tour à tour à une affection rhumatismale, puis aux vices syphilitique et herpétique, et qu'on traita longtemps inutilement par des moyens appropriés à ces causes supposées. L'œil présentait une vascularisation chronique des vaisseaux de la conjonctive ; la cornée était de couleur opaline, particulièrement à sa périphérie où l'on voyait des cicatrices de pustules. En examinant l'œil avec le microscope pour voir si la kératite était superficielle ou profonde, le docteur Alessi vit passer de la chambre postérieure de l'œil dans l'antérieure un ver qui, dans l'espace de trois minutes, passa alternativement d'une des chambres dans l'autre. Connaissant le peu de renseignements thérapeutiques consignés dans les auteurs sur les cas de ce genre, qui sont d'ailleurs fort rares, M. Alessi eut recours aux moyens suivants.

Voulant d'abord tenir en échec l'infection syphilitique et herpétique, il prescrivit des pilules d'éthiops minéral, de la poudre de salsepareille et de l'extrait d'aconit, ainsi que la décoction de salsepareille dans du lait. Localement, il prescrivit un collyre avec la pierre divine. Il attaqua ensuite le ver lui-même en entourant l'œil de trois vésicatoires, lesquels furent pansés soir et matin avec une pommade renfermant parties égales de calomel et de poudre de santonine. Le ver ne tarda pas à périr, et au bout de quarante jours il se trouva résorbé. La kératite et la conjonctivite disparurent, et l'œil recouvra l'intégrité de ses fonctions.

45. *Traitement de la gonorrhée*; par M. M'Donald.

(The Lancet.)

L'auteur recommande, dans le traitement de la gonorrhée, un moyen simple qu'il a lui-même appris d'un autre médecin, et qu'il a employé avec beaucoup de succès. Il consiste à introduire dans l'urèthre, à 3 pouces environ de profondeur, une bougie enduite d'une pommade ainsi formulée :

Axonge.	30 grammes.
Nitrate d'argent.	4 —

On la laisse en place une ou deux minutes. Il faut en général deux ou trois applications pour compléter la cure ; cependant une seule peut suffire si la maladie est à sa première période. D'ailleurs ce mode de traitement peut être employé également à toutes les époques de l'affection.

M. M'Donald préfère ce procédé aux injections avec le nitrate d'argent, parce que de cette manière, dit-il, le caustique est mis plus directement en contact avec la grande lacune muqueuse, laquelle est généralement considérée comme le principal siége de la maladie.

L'observation suivante, l'une des deux que cite l'auteur, achèvera de faire connaître les règles de détail pour l'emploi de ce moyen. On y remarquera, du reste, et cela est un point important pour l'appréciation du procédé, qu'ici le copahu a fait, pendant toute la durée du mal, partie intégrante du traitement.

Obs. — Un pilote américain, affecté de blennorrhagie aiguë depuis trois jours, s'était déjà purgé fortement et gardait le lit ; il avait aussi pris du nitre et du copahu. Le prépuce et le gland étaient rouges et gonflés. La matière de l'écoulement était un peu mêlée de sang, et le passage de l'urine causait une douleur comparée par le malade à la sensation qu'aurait fait éprouver le contact du plomb fondu. Prescription : un mélange composé de solution de gomme arabique, de copahu, de liqueur de potasse et de teinture de jusquiame ; à prendre toutes les six heures.

Le jour suivant, le malade était plus mal. M'Donald introduisit alors, comme il a été dit ci-dessus, une bougie chargée de pommade au nitrate d'argent. La douleur demeura extrêmement forte pendant une demi-heure après qu'on l'eut retirée. Continuation du mélange formulé plus haut. — Le lendemain, le sentiment de cuisson était entièrement dissipé, le gland moins enflé et l'écoulement diminué d'une quantité considérable. Continuation du mélange ; seconde introduction de la bougie enduite de la pommade caustique. — Le troisième jour, l'écoulement avait

cessé ; des érections cordées, qui se manifestaient durant la nuit, furent chassées au moyen de 5 décigr. de poudre de Dower et d'une ou deux sangsues.

Peu de jours après, le malade s'étant livré à un exercice violent, et ayant commis quelques écarts de régime, il en résulta un léger retour de l'écoulement sans douleurs ; une troisième introduction de la bougie suffit pour l'arrêter, et tout était fini au bout de dix jours.

— Nous avons nous-même, d'après cette indication, employé déjà sur cinq malades affectés de blennorrhagie aiguë le mode de traitement local que recommande M. M'Donald. La pommade au nitrate d'argent diffère surtout des injections au même sel en ce que l'action caustique est plus lente à s'établir et persiste plus longtemps. C'est ce dont on peut bien juger par la nature particulière de la douleur, laquelle, tout au contraire de celle qui suit l'injection caustique, est d'abord très-légère et n'atteint son *summum* qu'une demi-heure environ après l'introduction de la bougie. Généralement aussi, bien que la douleur, en somme, soit moindre, les malades ont ensuite plus de difficulté à uriner pendant les premières vingt-quatre heures. — Ces différences montrent que l'effet n'est point le même dans les deux cas, et qu'on peut par conséquent raisonnablement attendre de la pommade des services qu'on espérerait en vain des injections. C'est une tout autre médication, dont il reste à fixer les indications et à préciser l'action spéciale.

Quant aux résultats, chez deux malades l'état aigu a été dompté après la seconde application ; chez deux autres, le traitement se poursuit encore en ce moment ; chez un troisième, on n'a obtenu aucun bénéfice, et il a fallu se borner au copahu. Du reste, l'expérimentation, hors une seule exception, a été faite par nous sans associer au traitement local l'emploi du copahu ou du cubèbe.

---

46. *Empoisonnement par l'urine* ; par le docteur Collier.

(The Lancet.)

Obs. — Un homme âgé de 34 ans, journalier, travaillant sur les grandes routes, vint consulter M. Collier pour une hydropisie datant déjà de plusieurs jours. La face était très-tuméfiée, et l'anasarque était en général plus prononcée aux parties supérieures du corps qu'aux parties inférieures. Il n'a jamais eu d'autre affection qu'une éruption cutanée revenant de temps à autre depuis quelques années. En dernier lieu, comme cette éruption durait plus longtemps que de coutume, il consulta une

vieille femme qui lui conseilla de boire de l'urine pendant neuf jours. Le malade devait prendre le matin à jeun toute la quantité qu'il aurait rendue la veille au soir en se couchant. Le conseil fut suivi. Les neuf doses n'étaient pas encore prises quand l'enflure commença. Il se forma une ascite ainsi qu'un œdème des parois du thorax et du ventre, plus prononcé vers les parties supérieures. L'urine était rare, épaisse, très-foncée ; pesanteur de tête, abattement, faiblesse, un peu de soif ; pouls à 90 ; pâleur, expression de tristesse. Cet homme n'a été exposé ni au froid ni à l'humidité, et mène une vie modérée. L'urine n'est pas albumineuse.

Dans la pensée que cet état pouvait dépendre du passage de l'urine dans la circulation par voie d'endosmose ou de toute autre action toxique, M. Collier prescrivit le calomel, la coloquinte, la digitale, la scille ; l'anasarque se dissipa complétement, et le malade put, au bout de dix jours, retourner à ses occupations. L'urine ne redevint naturelle que vers le neuvième jour. La guérison date maintenant de huit ans.

— L'auteur se pose, sans la résoudre, la question de savoir si l'anasarque a été le résultat de l'absorption de l'urine ou d'une atteinte portée à l'innervation par son contact avec les tissus. Il est fâcheux qu'une analyse chimique des différentes humeurs de l'économie, du sang, de la sueur, de la salive, n'ait pas été appelée à la solution de cette question. En présence des détails qu'on vient de lire, non-seulement on ne peut la résoudre dans ces termes, mais il n'est pas même rigoureusement démontré que l'anasarque ait été uniquement l'effet de l'ingestion de l'urine. Qui pourrait affirmer que l'affection cutanée n'a joué aucun rôle dans la production de cette maladie ? De quelle nature était l'éruption ? Qu'est-elle devenue avant et pendant le développement de l'anasarque ou après sa guérison ? L'observation se tait encore sur ces points, et ce sont autant de lacunes regrettables. L'anasarque est une de ces affections qui, précisément parce qu'elles supposent une cause essentielle très-générale, comme une altération du sang, peuvent tenir, par leur origine, à un très-grand nombre de conditions morbides particulières : vices de respiration, vices de sécrétion ou d'excrétion. Et quant aux maladies de la peau en particulier, tout le monde sait quel rapport les lie aux différentes formes d'engorgement du tissu cellulaire.

47. *Sur les effets toxiques du guano;* par les docteurs WATSON et CHARLES KIDD.

(The medical Times.)

OBS. I. — John William, âgé de 19 ans, fut admis à l'hôpital du Nord le 26 août 1845. Il revenait directement d'Ichaboe avec un chargement de guano ; la durée de la traversée avait été de trois mois. Il prit froid sur le navire, et, à son arrivée à Ichaboe, il cracha plusieurs fois du sang pur. Il eut aussi la dyssenterie, ainsi que plusieurs hommes de l'équipage, et l'un d'eux y succomba. Au retour, les provisions étaient mauvaises. Sur treize passagers, quatre, y compris le sujet de cette observation, furent atteints de scorbut. Les taches rouges apparurent sur les jambes de ce malade vingt heures avant le débarquement, et quand il fut à l'hôpital, les gencives devinrent saignantes, et une petite ulcération se forma sur la langue. Sous l'influence d'un régime convenable, la santé s'améliora rapidement, et, dans l'espace d'une semaine, les taches rouges disparurent ; mais bientôt survinrent de la toux, des sueurs nocturnes, la fièvre hectique, et en examinant la poitrine, on trouva, à la partie supérieure du poumon gauche, de la matité, de l'obscurité du murmure respiratoire et quelques râles muqueux. Ce malade continue à présenter tous les signes de la phthisie pulmonaire.

OBS. II. — James Farrer, âgé de 28 ans, fut admis à l'hôpital du Nord pour un scorbut très-avancé. Vers le 6 janvier, il s'était embarqué à Londres pour aller à Ichaboe, et de là aux possessions d'Islande, où il prit une charge de guano présentant à peine l'odeur ammoniacale. On donnait à l'équipage du jus de limon et de la mélasse en petite quantité ; les provisions étaient très-grossières. Au retour, sur vingt-deux hommes qui étaient à bord, six furent attaqués de scorbut, mais aucun aussi gravement que le sujet de cette observation. A son entrée à l'hôpital, il offrait une teinte jaunâtre extrêmement prononcée ; il était si faible qu'il ne pouvait se tenir sur son lit. Ses gencives étaient tuméfiées au point de recouvrir presque les dents, mais non saignantes. Les membres inférieurs offraient quelques taches rouges, et la jambe droite, depuis le genou jusqu'en bas, était tuméfiée, pâle et extrêmement indurée. On fit prendre à ce malade le jus de deux limons par jour, des potages, des aliments végétaux, et plus tard des substances animales, sans aucun autre médicament qu'un peu d'huile de ricin pour régulariser les selles. L'amélioration fut rapide, et les symptômes du scorbut disparurent. Le 29 septembre (quand l'observation fut rédigée), il était tout à fait bien, sauf un peu d'indu-

ration du membre inférieur droit, laquelle, au reste, diminuait de jour en jour.

On trouvera sans doute, comme nous, que ces observations, quelque intéressantes qu'elles soient, ne nous montrent qu'un scorbut développé sous l'influence d'une mauvaise alimentation en mer (fait assez commun), et non l'influence pernicieuse du guano. Et si les considérations dont elles sont précédées, et qu'il eût été trop long de rapporter, laissent peu de doute sur l'insalubrité d'Ichaboe, ce n'est pas encore assez pour démontrer nettement la vertu délétère de cette matière. Il faudrait savoir si les phénomènes morbides se développeraient sous son influence hors des lieux où l'on va la recueillir.

—Le travail du docteur Kidd, qui suit le précédent, est tout entier consacré à l'interprétation physiologique et chimique des faits relatés par M. Watson.

MÉLANGES.

48. *Sur les propriétés thérapeutiques et l'emploi de la quinoïdine, de la salicine et de l'ilicine;* par M. le docteur Bertini (de Turin).

(Journal des Connaissances médicales, avril 1846.)

M. Bertini désigne par le nom de *quinoïdine* le résidu des diverses préparations que l'on fait subir au quinquina pour en retirer la quinine. Ce médicament n'occasionne, dit-il, aucun des inconvénients que détermine si fréquemment l'ingestion du sulfate de quinine, comme les tintements d'oreilles, la surdité temporaire, la soif, la gastralgie, etc. A l'exemple de plusieurs autres praticiens d'Italie, il le prescrit avec le plus grand avantage dans le traitement des pyrexies périodiques de tous les types: c'est dans l'intervalle des accès qu'il l'administre, en choisissant de préférence l'instant où un nouveau paroxysme va commencer, et il le fait prendre à la dose de 50 à 75 centigrammes, et même jusqu'à 1 gramme. Il s'est en outre convaincu par l'expérience de l'efficacité de cet agent contre les fièvres larvées, ainsi que dans des cas de récidive où les sels de quinine, longtemps employés, s'étaient montrés impuissants. De plus, il a remarqué que les fièvres intermittentes, arrêtées par ce remède, étaient ordinairement moins sujettes à se reproduire qu'elles ne le sont lorsqu'elles ont été combattues par les autres fébrifuges.

Ce serait donc une précieuse acquisition pour notre matière

médicale que celle de ce nouveau médicament, tant sous le rapport de l'efficacité que du peu de valeur vénale, si la puissance thérapeutique qu'on lui attribue était confirmée par des essais nombreux et des observations recueillies avec soin et conscience.

M. Bertini prescrit, au contraire, la salicine dans le traitement des fièvres périodiques; suivant lui, elle est complétement inerte dans les affections de ce genre. Il ajoute, il est vrai, que M. le docteur Bellingeri l'a administrée avec avantage contre les intermittentes vernales; mais il a soin de faire observer que, comme tous les praticiens le savent, il suffit le plus souvent de recourir aux boissons délayantes et à de légers évacuants pour faire céder ces dernières fièvres.

Quant à l'ilicine, M. Bertini en fait un tout autre cas; et bien que ce produit ne puisse être placé sur la même ligne que le quinquina et ses diverses préparations, il ne balance pas cependant à avancer qu'il doit leur être préféré dans certaines fièvres bénignes et simples, spécialement lorsqu'il s'agit de sujets doués d'une grande irritabilité.

---

49. *Nouveaux préservatifs contre les cicatrices des boutons varioleux;* par le docteur THIELMANN, de Saint-Pétersbourg.

(Journal de Médecine de M. Trousseau, juin 1846.)

M. le docteur Thielmann, dans un cas de variole parvenue à la période de suppuration, où les paupières étaient parsemées de boutons et fortement tuméfiées, prescrivit le collyre suivant :

Bichlorure de mercure.	5 centigrammes;
Eau distillée.	180 grammes;
Laudanum de Sydenham.	4 id.
M. et F. dissoudre S. A.	

Pour un collyre qu'on applique six fois par jour (chaque fois pendant une heure), au moyen de compresses qui doivent être humectées de temps en temps.

L'action exercée par ce médicament sur les boutons fut vraiment étonnante, car ils diminuèrent à vue d'œil, et disparurent enfin, ainsi que la tuméfaction des paupières, dans l'espace de quelques jours; de sorte que les points de la peau sur lesquels avaient été pratiquées les applications de compresses étaient parfaitement lisses, alors que les autres parties des téguments se trouvaient encore en pleine suppuration ou tout au plus à l'état de desquammation.

A la même époque, M. Thielmann s'étant trouvé avoir à sa disposition un autre sujet affecté de variole confluente, et chez lequel la peau du front et du nez était littéralement couverte de pus-

tules purulentes, larges, blanches, aplaties, et cependant revêtues encore de la couche épidermique, il se décida à tenter un essai avec le collyre précédent, et il fit faire avec cette préparation des fomentations sur toute la face. Le résultat fut le même que dans le cas ci-dessus pour tous les points qui se trouvèrent en contact avec les compresses imbibées de ce collyre.

On n'a observé aucun résultat défavorable, de quelque nature que ce puisse être, à la suite de l'emploi de ce topique.

En raison de l'efficacité de ces applications dans la période de suppuration des boutons varioliques confluents, M. Thielmann n'hésite pas à conclure, *à priori*, que, faites aux premiers moments de l'éruption, l'action doit être encore plus énergique.

Ce praticien demande d'ailleurs que la nouvelle médication, sur laquelle il appelle l'attention de ses confrères, soit soumise par eux à des essais multipliés, parce qu'il est plus agréable et plus facile pour les malades de s'en servir au lieu de l'emplâtre de Vigo *cum mercurio*, qui, dans ces dernières années, a été chaudement recommandé pour arriver au même but : d'ailleurs, l'action de ces compresses est plus facile à contrôler par le médecin que celle de l'emplâtre.

M. Thielmann, dans l'absence d'essais comparatifs indispensables, ne peut décider si le même résultat peut ou non être obtenu, soit en employant une solution de sublimé pur, soit des compresses imbibées d'eau seulement, ou s'il faut de toute nécessité recourir au collyre en question.

---

50. *Sur les moyens de provoquer l'accouchement prématuré artificiel.*
(Bulletin général de Thérapeutique, mai 1846.)

Les moyens le plus généralement reconnus aujourd'hui pour provoquer l'accouchement prématuré artificiel se réduisent à deux : la dilatation du col par l'éponge préparée, et la ponction des membranes. Le premier de ces moyens est le plus généralement préféré comme moins dangereux pour la mère et pour l'enfant, et quelques accoucheurs le regardent comme d'une application toujours contraire. Cependant M. le docteur Boucher, de la Ville-Jossy, vient de publier un cas dans lequel ce moyen a complétement fait défaut.

Une femme présentant une angustie considérable du bassin qui ne pouvait faire espérer un accouchement naturel, et se trouvant à sept mois et quelques jours de la grossesse, fut soumise au moyen suivant : placée sur le bord du lit, l'opérateur introduisit le spéculum ; puis, ayant saisi, avec une longue pince à anneaux, un cône d'éponge préparée d'environ trois centimètres

de longueur sur un centimètre à sa plus grosse extrémité, à laquelle un fil assez fort se trouvait fixé, il le fit pénétrer jusqu'à ce qu'il parût à peu près au niveau des lèvres du col ; il tamponna doucement le vagin avec des boulettes de charpie, puis le tout fut soutenu par un bandage en T. Des douleurs fugaces se développèrent dans la journée et prirent pendant la nuit quelque intensité, mais disparurent. Le lendemain, et pendant plus de quinze jours, il plaça de nouvelles éponges successivement plus grosses, et à tel point qu'elles ne pouvaient passer qu'avec peine par le spéculum. Il n'obtint rien que des douleurs fugaces et une dilatation assez considérable du col, mais sans aucun travail d'expulsion. Les applications d'éponges furent alors discontinuées ; le médecin proposa la ponction des membranes qui fut refusée, et cette femme vit sa grossesse parcourir ses périodes et arriva à son terme.

L'accouchement fut long, pénible, et nécessita l'emploi du forceps ; un enfant mâle de fort petite dimension vint au monde : on le crut mort pendant une demi-heure ; mais bientôt il se ranima et prit le sein. La mère n'éprouva aucun accident.

---

51. *Pupilles artificielles pratiquées sur un aveugle. — Guérison;* par le docteur DESMARRES.

(Journal des Connaissances médico-chirurgicales, juin 1846.)

Mauthé (Victor), âgé de dix-huit ans, né à Bellesme, demeurant au Petit-Charonne, route de Saint-Mandé, n° 5, est devenu aveugle des deux yeux à la suite de l'explosion d'une mine. Le visage de ce jeune homme est criblé de grains de poudre : des cicatrices se remarquent sur les paupières qu'il ne soulève qu'avec une extrême difficulté ; la gauche surtout est plus abaissée que l'autre et présente encore des traces de gonflement : la conjonctive est parsemée aussi, dans toute sa surface, de taches bleuâtres élevées, semblables à celles de la face, et dues à la même cause.

Conjonctives. OEil gauche. — Indépendamment des nombreux grains de poudre qu'on remarque dans l'épaisseur de la conjonctive, il y a de gros vaisseaux qui rampent dans cette membrane et dont la présence doit être rapportée à ces corps étrangers. La partie supérieure de la muqueuse, à partir de la circonférence de la cornée, est épaissie et adhérente à la conjonctive tarséenne, circonstance qui limite les mouvements de la paupière et la maintient un peu abaissée. Ce symblépharon s'étend assez loin dans le cul-de-sac conjonctival.

OEil droit. — Les grains de poudre de ce côté sont un peu moins nombreux que de l'autre ; la rougeur est moins grande ;

cependant on voit de très-nombreuses cicatrices des déchirures produites par l'explosion.

Cornées. — La moitié supérieure des deux cornées est entièrement opaque et parcourue de gros vaisseaux ; des taches superficielles isolées ne laissent de transparent en réalité sur cette membrane qu'environ le quart de sa surface vers la partie inférieure. La cornée droite, à quelques différences insignifiantes près, est dans les mêmes conditions que la gauche, sauf que celle-ci présente des grains de poudre qui entretiennent une inflammation plus forte.

Pupilles. — La gauche est complétement oblitérée par de fausses membranes grisâtres, assez légères d'ailleurs. L'iris, vu à travers la partie saine de la cornée, ne présente pas d'altération notable. A droite, il y a de fausses membranes semblables, sauf dans un seul point, extrêmement petit, où la marge pupillaire est libre. L'iris n'est point décoloré non plus de ce côté.

Vision. — Elle est nulle absolument à gauche ; le malade n'a conservé de ce côté que la sensation de la lumière. Du côté droit, il compte à grand'peine les doigts de sa main, ne reconnaît aucun objet, et ne peut se conduire seul, même dans un appartement.

L'indication chirurgicale, dans ce cas particulier, était très-précise : la pupille artificielle seule pouvait rendre la vue à ce jeune aveugle. Pour pratiquer cette opération dans les meilleures conditions, les grains de poudre les plus saillants, et qui paraissaient entretenir le plus d'irritation, furent extraits avec la pointe d'un couteau à cataracte. Des lotions astringentes sur les yeux, des purgatifs, un régime convenable, furent prescrits. Le malade fut admis à ma clinique le 18 avril 1845, et opéré le lendemain, sur l'œil gauche seulement. Je me proposais d'opérer l'œil droit plus tard, après la guérison du gauche. *L'excision* me parut devoir être choisie de préférence au *décollement* ; j'espérais que la transparence de la lentille pourrait être conservée, que la capsule serait facilement évitée par les instruments.

Le 19 avril, l'opération est faite de la manière suivante : le malade étant couché sur un lit, la tête un peu renversée en arrière, la paupière supérieure est relevée autant que le permet l'adhérence au globe, et celui-ci fixé au moyen d'une pince appliquée sur la conjonctive. Un couteau lancéolaire de Beer, plongé à un millimètre et demi environ de la cornée dans la sclérotique, qu'il traverse en biseau, passe en avant des attaches de l'iris et arrive ainsi dans la chambre antérieure par une ouverture de cinq à six millimètres. L'humeur aqueuse s'échappe, l'iris et la

cornée se mettent en contact immédiat, et alors une pince courbe à dents de souris très-fines remplace le couteau dans la chambre antérieure et saisit l'iris qu'elle entraîne aisément au dehors, les fausses membranes ayant cédé sans aucune difficulté. L'iris est excisé ras sur les lèvres de la plaie faite à la sclérotique : il n'y a point de sang dans la chambre antérieure, où l'on voit aussitôt une large pupille artificielle qui permet au malade de distinguer sur-le-champ les objets qu'on lui présente.

Le pansement est très-simple : les paupières sont réunies des deux côtés par des bandelettes de taffetas d'Angleterre, et de l'eau glacée est appliquée sur l'œil. Le lendemain, il y avait, autour de la plaie seulement, une rougeur légère qui disparut après quelques jours, et le 26 avril, septième jour après l'opération, le malade sortit guéri et reprit tout aussitôt ses travaux d'ouvrier terrassier.

Le vision de l'œil opéré s'étant améliorée au point de permettre la lecture, le malade vient me demander l'opération pour l'œil droit le 8 octobre suivant, et le 14 de ce même mois je la pratique de la même manière, et j'obtiens un résultat aussi satisfaisant.

Je vois Mauthé six mois après la seconde opération : ses yeux sont dans l'état le plus satisfaisant ; les pupilles ont conservé leur largeur et leur netteté ; la vision s'accomplit des deux côtés à la fois, et je n'ai point remarqué qu'il y ait eu de diplopie, accident que j'avais quelque raison de craindre à cause du symblépharon de l'œil gauche. Je ne terminerai pas sans faire remarquer combien il est avantageux de ponctionner la sclérotique de préférence à la cornée. On y trouve le double avantage que la réunion de la plaie se fait sans qu'on ait à craindre de suppuration, et que la cornée, n'ayant point été blessée, ne perd rien de sa transparence dans un endroit où il est si indispensable qu'elle la conserve après l'opération de pupille artificielle. C'est sur les indications que m'en a données par correspondance M. le docteur Guépin, professeur de l'Ecole de Nantes, que j'ai pratiqué la sclérotique, et je suis heureux de pouvoir l'en remercier publiquement, car depuis moins de six mois j'ai opéré seize individus par ce procédé, quelques-uns sur les deux yeux, et je n'ai eu que trois insuccès, presque tous prévus à cause des mauvaises conditions que présentaient les malades.

Les résultats obtenus par le procédé de Beer ont été comparativement beaucoup moins satisfaisants par suite des taches qui sont restées sur les cornées, et aussi parce que les pupilles artificielles pratiquées par ce procédé sont en général moins larges.

TABLE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE 165e VOLUME.

7e SÉRIE, TOME V. — MAI 1846.

ARCHIVES DE LA MÉDECINE BELGE.

Considérations générales et observations particulières faites à bord de la Louise-Marie, goelette de l'Etat, pendant une station de 7 mois devant Santo-Thomas de Guatimala et sur les côtes du golfe de Honduras; par le docteur *F. Durand*. 1

Deux cas d'épilepsie, rétention du placenta et tumeur blanche du genou guéris par le tartre émétique à haute dose; par M. le docteur *Eenens*. 21

REVUE DES JOURNAUX ALLEMANDS.

Medicinische Jahrbuecher des K. K. OEsterreichischen Staates. (Analyse par le docteur *Biver*.) 24

VARIÉTÉS. — Galerie des célébrités médicales de la Renaissance. — Jean-Baptiste Van Helmont. 28

BULLETIN DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

Séance du 26 avril 1846.

Communication verbale. 37

Rapport et *Discussion*.

Proposition relative au traitement des fractures; par M. *Seutin*, membre titulaire. (*Suite de la discussion*.) 75

Observations météorologiques faites à l'Observatoire royal de Bruxelles, pendant le mois d'avril 1846. 103

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

II. HYGIÈNE, DIÉTÉTIQUE, PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

HYGIÈNE. — 1. De l'influence que l'industrie exerce sur la santé des populations dans les grands centres manufacturiers; par M. le docteur *Thouvenin*. 1

IV. PATHOLOGIE, THÉRAPEUTIQUE ET CLINIQUE MÉDICALES.

PATHOLOGIE INTERNE. — 2. Mémoire sur le traitement des maladies de l'ouïe; par M. *Bonnafont*. 17

3. Mémoire sur les spasmes musculaires idiopathiques et sur la paralysie nerveuse essentielle; par M. *A. Delpech*. 25

26. Sur l'affection scrofuleuse et l'affection tuberculeuse; leur nature et leur traitement; par le docteur *Schoepf*. 259

27. Sur la nature et le traitement du tic douloureux. 260

THÉRAPEUTIQUE. — 4. De l'emploi de l'iodure de potassium dans les maladies syphilitiques; par M. *Payan*. 43

5. Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique du sulfate de quinine à haute dose dans la fièvre typhoïde; par M. le docteur *Paul Boucher*, de la Ville-Jossy. 57

28. Sur deux cas de céphalalgie guéris par le valérianate de zinc; lettre du docteur *Vincenzo Boccaccini* au docteur *Dazio Olivi*. 261

29. Sur le mode d'emploi le plus efficace de la ciguë; par M. *Donovan*. 262

30. Observations sur l'emploi du fiel de bœuf en médecine; par le docteur *Clay*. 263

48. Sur les propriétés thérapeutiques et l'emploi de la quinoidine, de la salicine et de l'ilicine ; par M. le docteur *Bertini*. 289
49. Nouveaux préservatifs contre les cicatrices des boutons varioleux ; par le docteur *Thielmann*. 290
6. Revue thérapeutique. — Des remèdes dits expectorants et de leur indication. 70. — De l'action physiologique et thérapeutique de l'aconit napel. 72. — Application des bandages dextrinés au traitement de l'eczéma. 73. — Emploi de l'oxyde noir de mercure contre les vomissements des femmes enceintes. — Substitution du bromure à l'iodure de potassium dans le traitement des affections syphilitiques. 75. — Arsenic dans les fièvres intermittentes. — Association du carbonate de fer au sulfate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes. 76. — Traitement topique de certaines maladies de la peau. — Efficacité de la brucine contre les paralysies rebelles, suite d'apoplexie ; mode d'action de ce médicament. 77. — De l'ipécacuanha à dose vomitive, considéré comme tonique. 78. — Guérison d'un empoisonnement par le vert-de-gris, au moyen de l'albumine et du proto-sulfure de fer. 79. — Nouveau procédé pour la préparation du tartrate de potasse et d'antimoine. 80. — Moyen de reconnaître le degré d'activité de la digitale. 81.
7. De l'abus des vésicatoires chez les jeunes enfants ; par M. *Quiet*. 81

V. ACCOUCHEMENTS, MALADIES DES FEMMES ET DES ENFANTS.

ACCOUCHEMENTS. — 8. Sur le traitement des hémorrhagies tenant à l'implantation du placenta sur le col, par l'extraction du placenta avant l'enfant ; par MM. *Simpson*, *Lee*, *Radford*, *Chowne*, *Ashwell* et *Newnham* 96
9. Note sur les hémorrhagies qui surviennent pendant le travail de l'accouchement, par suite de l'insertion partielle du placenta sur le col ; par le docteur *Manget*. 104
31. Accouchement laborieux ; présentation du cordon ombilical, d'une jambe et d'un bras ; terminaison heureuse ; par les professeurs *Guesta* et *Gonzalo*. 264
32. Accouchement laborieux ; par le docteur *Pedro Castello*. 265
33. Exemple remarquable d'avortement à 5 mois dans un cas d'oblitération complète du vagin ; établissement d'un vagin artificiel pour livrer passage au produit de la conception ; par *D. Manuel Muro y Arrivillaga*. 267
34. Observation d'une déchirure de la matrice. 269
35. Rupture de l'utérus, section de l'abdomen, guérison ; par le docteur *Kuhne* 270
36. Hernie, abcès de la fosse iliaque chez une femme enceinte. 271
37. Môle hydatique ; par le professeur *D. Francisco Alarcos*. 271
38. Histoire d'une môle par faux germe, observée chez une femme de 52 ans, après vingt-neuf ans de stérilité ; par *D. Antonio Navarro y Barnés*. 272
50. Sur les moyens de provoquer l'accouchement prématuré artificiel. 291
MALADIES DES FEMMES. — 10. Note sur le traitement de la diathèse purulente (fièvre puerpérale, phlébite, infection purulente), au moyen de l'aconit ; par M. *J. P. Teissier*. 110
11. De la cautérisation par le nitrate d'argent dans certaines affections de la vulve et du méat urinaire ; par M. le docteur *J. Soulèce*. 115
MALADIES DES ENFANTS. — 12. Du traitement chirurgical du croup. — Hôpital des Enfants. — M. *Guersant* fils. 119

VI. CHIRURGIE, ORTHOPÉDIE ET OPHTHALMOLOGIE.

PATHOLOGIE EXTERNE. — 13. Des différentes espèces de tumeurs cancéreuses du sein. Des caractères de celles qu'on ne doit pas opérer. — Hôpital de la Charité. — M. *Velpeau*. 125
14. De la tuberculisation du testicule et de l'hydrocèle traitées par l'injection iodée. De la résolution tardive de la tumeur après l'emploi

de l'iode dans l'hydrocèle simple. — Hôpital de la Charité. — M. *Velpeau.* 129
15. De l'arthrite blennorrhagique et des caractères qui la peuvent faire aisément reconnaître. — Hôpital de la Charité. — M. *Velpeau.* 131
16. Du traitement des hydarthroses par le tartre stibié ; par le docteur *Biechy.* 132
MÉDECINE OPÉRATOIRE. — 17. Des divers procédés opératoires pour le traitement du spina-bifida. 138
18. De l'opération de la taille.—Hôtel-Dieu. — M. *Roux.* 142
19. Nouvelle méthode pour guérir certains anévrysmes sans opération, à l'aide de la galvano-puncture artérielle ; par *J. E. Pétrequin.* 148
40. Anévrysme de l'artère poplitée, traité par la compression ; guérison ; par *G. R. Daruell.* 277
41. Anévrysme poplité, guéri par la compression ; par M. *Storks.* 279
42. Guérison spontanée d'un anévrysme de l'artère fémorale ; mortification des orteils ; par *J. Kirby.* 280
39. Guérison d'une tumeur du cou à l'aide de l'acupuncture ; observation du docteur *Ernico Costetti.* 274
43. Ablation d'une tumeur enkystée du ligament large de l'utérus ; par *G. Southam.* 281
OPHTHALMOLOGIE. — 20. Etudes pratiques sur la cataracte ; par le docteur *Desmarres.* 153
21. De l'emploi du collyre de térébenthine dans le traitement de diverses maladies des yeux ; par le docteur *S. Laugier.* 161
44. Destruction d'un ver siégeant dans les chambres de l'œil humain ; observation clinique du docteur *R. C. Salvatore Alessi.* 284
51. Pupilles artificielles pratiquées sur un aveugle. — Guérison ; par le docteur *Desmarres.* 292

IX. MALADIES SYPHILITIQUES.

22. Mémoire sur un état inflammatoire simple, se manifestant quelquefois à la suite des accidents vénériens primitifs, et pouvant simuler une syphilis constitutionnelle ; par M. *Diday.* 164
23. Mémoire sur le testicule syphilitique ; par le docteur *J. Hélot.* 171
45. Traitement de la gonorrhée ; par M. *M. Donald.* 285

XII. GÉNÉRALITÉS.

24. Histoire générale des sept diathèses ; par *F. L. Gaillard.* 184
25. Cliniques médicales. — De l'affection granuleuse du pharynx. 190. — Péritonite sans perforation dans le cours de la fièvre typhoïde. 193. — Paralysie hystérique. 198. — Sulfate de quinine. 204.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE royale des sciences de Paris. (Séances des 4, 11, 18 et 25 mai.) — Théorie de la vision. 206.—Composition et propriétés nutritives du café. 207. — Grand prix des sciences physiques proposé en 1845 pour 1847. 290.—Prix relatif au développement du fœtus, proposé en 1837 pour 1839, remis au concours pour 1843, et de nouveau pour 1846. — Prix fondé par M. Manni pour 1846. 210. — Fistules biliaires artificielles. 211.—Emploi de la magnésie dans le traitement de l'empoisonnement par l'acide arsénieux. — Enfant monstrueux présentant trois extrémités inférieures et un double appareil sexuel mâle. 212.
ACADÉMIE royale de médecine de Paris. (Séances des 5, 12, 19 et 26 mai.) — Peste ; quarantaines. 214.— Lésions du cerveau chez les aliénés. 217.—Peste ; quarantaines. 218-256. — Difformité du membre abdominal par cicatrice vicieuse ; redressement. 256. — Autoplastie. 257.

MÉLANGES.

46. Empoisonnement par l'urine ; par le docteur *Collier.* 286
47. Sur les effets toxiques du guano ; par les docteurs *Watson* et *Charles Kidd.* 288

TABLE

DES MATIÈRES PAR ORDRE DE JOURNAUX. — 165e VOLUME.

7e SÉRIE, TOME V. — MAI 1846.

REPRODUCTION ET REVUE DES JOURNAUX ÉTRANGERS.

JOURNAUX FRANÇAIS.

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE (avril et mai 1846).

Teissier (J. P.). Note sur le traitement de la diathèse purulente (fièvre puerpérale, phlébite, infection purulente), au moyen de l'aconit. 110
Des divers procédés opératoires pour le traitement du spina-bifida. 138
Laugier (S.). De l'emploi du collyre de térébenthine dans le traitement de diverses maladies des yeux. 161
Sur les moyens de provoquer l'accouchement prématuré artificiel. 291

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS (Nos 13, 14, 15, 16, 18 ; 1846).

Bonnafont. Mémoire sur le traitement des maladies de l'ouïe. 17
Boucher, de la Ville-Jossy (Paul). Recherches sur l'action physiologique et thérapeutique du sulfate de quinine à haute dose dans la fièvre typhoïde. 57
Revue thérapeutique. 70
Quiet. De l'abus des vésicatoires chez les jeunes enfants. 81
Simpson, Lee, Radford, Chowne, Ashwell et *Newnham.* Sur le traitement des hémorrhagies tenant à l'implantation du placenta sur le col, par l'extraction du placenta avant l'enfant. 96
Diday. Mémoire sur un état inflammatoire simple, se manifestant quelquefois à la suite des accidents vénériens primitifs, et pouvant simuler une syphilis constitutionnelle. 164
Gaillard (F. L.). Histoire générale des sept diathèses. 184
Cliniques médicales. 190

GAZETTE DES HÔPITAUX (Nos 45, 48, 55 ; 1846).

Guersant fils. Du traitement chirurgical du croup. 119
Velpeau. Des différentes espèces de tumeurs cancéreuses du sein. Des caractères de celles qu'on ne doit pas opérer. 125
Velpeau. De la tuberculisation du testicule et de l'hydrocèle traitées par l'injection iodée. De la résolution tardive de la tumeur après l'emploi de l'iode dans l'hydrocèle simple. 129
Velpeau. De l'arthrite blennorrhagique et des caractères qui la peuvent faire aisément reconnaître. 131
Roux. de l'opération de la taille. 142

GAZETTE MÉDICALE DE STRASBOURG (avril 1846).

Biechy. Du traitement des hydarthroses par le tartre stibié. 132

JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON (avril 1846).

Pétrequin (J. E.). Nouvelle méthode pour guérir certains anévrysmes sans opération, à l'aide de la galvano-puncture artérielle. 148

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES (avril 1846).

Bertini. Sur les propriétés thérapeutiques et l'emploi de la quinoidine, de la salicine et de l'ilicine. 289

JOURNAL DE CHIRURGIE DE M. MALGAIGNE (avril et mai 1846).

Manget. Note sur les hémorrhagies qui surviennent pendant le travail de l'accouchement, par suite de l'insertion partielle du placenta sur le col. 104
Hélot (J.). Mémoire sur le testicule. 171

JOURNAL DE MÉDECINE DE M. TROUSSEAU (mai et juin 1846).

Delpech (A.). Mémoire sur les spasmes musculaires idiopathiques et sur la paralysie nerveuse essentielle. 25
Thielmann. Nouveaux préservatifs contre les cicatrices des boutons varioleux. 290

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES (avril, mai et juin 1846).

Soulèce. De la cautérisation par le nitrate d'argent dans certaines affections de la vulve et du méat urinaire. 115
Desmarres. Etudes pratiques sur la cataracte. 153
Desmarres. Pupilles artificielles pratiquées sur un aveugle. — Guérison. 292

JOURNAL DE MEDECINE DE BORDEAUX (avril 1846).

Thouvenin. De l'influence que l'industrie exerce sur la santé des populations dans les grands centres manufacturiers. 1

REVUE MÉDICALE (avril 1846).

Payan. De l'emploi de l'iodure de potassium dans les maladies syphilitiques. 43

JOURNAUX ALLEMANDS.

MEDICINISCHE JAHRBUECHER.

Kuhne. Rupture de l'utérus, section de l'abdomen, guérison. 270

JOURNAUX ANGLAIS ET AMÉRICAINS.

DUBLIN MEDICAL PRESS.

Donovan. Sur le mode d'emploi le plus efficace de la ciguë. 262
Kirby (J.). Guérison spontanée d'un anévrysme de l'artère fémorale; mortification des orteils. 280

LONDON MED. GAZETTE.

Daruell. (G. R.). Anévrysme de l'artère poplitée, traité par la compression; guérison. 277
Storks. Anévrysme poplité, guéri par la compression. 279

THE LANCET.

Sur la nature et le traitement du tic douloureux. 260
M'Donald. Traitement de la gonorrhée. 285
Collier. Empoisonnement par l'urine. 286

THE MEDICAL TIMES.

Clay. Observations sur l'emploi du fiel de bœuf en médecine. 263
Watson et *Kidd* (Charles). Sur les effets toxiques du guano. 288

THE MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

Southam (G.). Ablation d'une tumeur enkystée du ligament large de l'utérus. 281

JOURNAUX ESPAGNOLS.

ARCHIVO DE LA MED. ESPANOLA.

Pedro Castello. Accouchement laborieux. 265
Manuel Muro y Arrivillaga. Exemple remarquable d'avortement à 5 mois dans un cas d'oblitération complète du vagin; établissement d'un vagin artificiel pour livrer passage au produit de la conception. 267

ANALES DE CIRUGIA.

Hernie, abcès de la fosse iliaque chez une femme enceinte. 271

BOLETIN DE MEDICINA.

Guesta et *Gonzalo.* Accouchement laborieux; présentation du cordon ombilical, d'une jambe et d'un bras; terminaison heureuse. 264
Antonio Navarro y Barnés. Histoire d'une môle par faux germe, observée chez une femme de 52 ans, après vingt-neuf ans de stérilité. 272

REVISTA NATIONAL.

Observation d'une déchirure de la matrice. 269
Francisco Alarcos. Môle hydatique. 271

JOURNAUX HONGROIS.

MAGYAR ORVOS-SEBÉSEI ÈS TERMESZÉTTU-DOMANYI EVKONYVEK.

Schoepf. Sur l'affection scrofuleuse et l'affection tuberculeuse; leur nature et leur traitement. 259

JOURNAUX ITALIENS.

BOLLETINO DELLE SC. MED. DELLA SOCIETA MÉD.-CHIR. DI BOLOGNA.

Ernico Costetti. Guérison d'une tumeur du cou à l'aide de l'acupuncture. 274
Salvatore Alessi (R. C.). Destruction d'un ver siégeant dans les chambres de l'œil humain; observation clinique. 284

IL RACCOGLITORE MEDICO.

Vincenzo Boccaccini au docteur *Dazio Olivi.* Sur deux cas de céphalalgie guéris par le valérianate de zinc. 261